



Liebe Patientinnen und Patienten,

ein Zahnarztbesuch ist Vertrauenssache. Wir freuen uns, dass Sie uns Ihre Zahngesundheit anvertrauen wollen. Um Ihre Behandlung optimal auf Sie abstimmen zu können, bitten wir Sie, diesen Fragebogen sorgfältig auszufüllen. Falls Sie Fragen haben, sprechen Sie uns gerne an. Vielen Dank!

## ALLGEMEINE ANGABEN

### Patient/in

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geb.-Datum: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_

### Versicherte/r

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geb.-Datum: \_\_\_\_\_

Straße/Haus-Nr: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Krankenversicherung privat

Krankenversicherung gesetzlich

JA NEIN

### Besteht eine Zahnzusatzversicherung?

Wenn JA, welche? \_\_\_\_\_

### Kommunikation

Telefon privat: \_\_\_\_\_

Telefon dienstl.: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

## NOTFALLKONTAKT

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

## HINWEISE

### Datenschutz

Aufgrund der neuen Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) und des geänderten Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) sind wir gesetzlich verpflichtet, in bestimmten Fällen Ihre Einwilligung und Schweigepflichtentbindungserklärung einzuholen und Sie über die Datenspeicherung zu informieren.

Ihre Einwilligung ist hierbei freiwillig und kann mit Wirkung für die Zukunft und ohne Angaben von Gründen jederzeit widerrufen werden. » siehe Seite 3 und 4

Im Falle des Widerrufs oder Nichterteilung der Einwilligung können die angebotenen Leistungen nicht erbracht werden.

### Terminabsagen

Wir möchten die Wartezeiten für unsere Patienten so kurz wie möglich halten. Aus diesem Grund bitten wir Sie, Terminabsagen mindestens 48h vorher mitzuteilen. Wir behalten uns vor, bei nicht abgesagten Terminen eine Ausfallgebühr zu berechnen.

## DIGITALER SERVICE

JA NEIN

Ich möchte eine Terminbestätigung per E-Mail

Ich möchte am Recall-System\* teilzunehmen, um Vorsorgetermine nicht zu verpassen.

» RECALL  per E-Mail  per Telefon

Ich möchten weitere nützliche Informationen wie etwa Veränderungen in den Öffnungszeiten oder der Praxisorganisation per E-Mail erhalten

## WIE SIND SIE AUF UNS AUFMERKSAM GEWORDEN?

Empfehlung  Internet  Im Vorbeigehen

Sonstiges: \_\_\_\_\_

BITTE WENDEN »



Krankheiten, Allergien und die Einnahme bestimmter Medikamente können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Bitte machen Sie deshalb nachfolgend genaue Angaben zu Ihrem Gesundheitszustand. Falls vorhanden, bringen Sie bitte Ihren Allergiepass zu Ihrem ersten Termin mit. Sollte es vor zukünftigen Behandlungen in unserer Praxis Veränderungen zu einer der Fragen geben, informieren Sie uns bitte. Alle Ihre Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

	JA	NEIN
<b>Befinden Sie sich derzeit in ärztlicher Behandlung?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn JA, weshalb? _____		
<b>Besteht eine Schwangerschaft?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn JA, wievielter Monat? _____		
<b>HABEN SIE EINE ODER MEHRERE DER FOLGENDEN ERKRANKUNGEN?</b> (Bitte zutreffendes unterstreichen oder ergänzen)		
<b>Erkrankungen des Herzens</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arythmien, Angina pectoris, Endokarditis, Herzfehler, Insuffizienz, Infarkt, Schrittmacher etc.		
<b>Blut- und Kreislauferkrankungen</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blutarmut (Anämie), Blutdruckabweichungen, Blutungsneigung, Gerinnungsstörungen, Gehirnschlag, Nachblutungen etc.		
<b>Internistische Erkrankungen</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes, Lunge, Leber, Schilddrüse, Magen-Darm, Niere etc.		
<b>Anfallsleiden / Nervenerkrankungen</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Depressionen, Epilepsie, Migräne, Parkinson, Schlafstörungen etc.		
<b>Infektionskrankheiten</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herpes, Hepatitis, Tbc, HIV (Aids), Geschlechtskrankheiten, MRSA (Krankenhauskeim) etc.		
<b>Erkrankungen des Bewegungsapparates</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arthrosen, Rheuma, Morbus Bechterew, Halswirbelsäule, Wirbelsäule etc.		
<b>Sonstiges</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bisphosphonate, Krebs, Chemotherapy, Unfall etc.		
<b>ANGABEN ZU ALLERGIEN</b>		
Heuschnupfen/Ekzeme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medikamentenallergie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn JA, welche? _____		
Antibiotikaallergie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn JA, welche? _____		
Metallallergie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn JA, welche? _____		
sonstige Stoffe?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn JA, welche? _____		

**ANGABEN ZU MEDIKAMENTEN**

**Nehmen Sie gerinnungshemmende Medikamente (Blutverdünner)**  
z. B. Heparin, Aspirin/ASS, Marcumar?

**Nehmen Sie sonstige Medikamente?**  
Wenn JA, welche? \_\_\_\_\_

**ZAHNMEDIZINISCHE FRAGEN**

Rauchen Sie? \_\_\_\_\_  
Wenn JA, wieviel? \_\_\_\_\_ Zigaretten/Tag

Haben Sie Zahnfleischbluten? \_\_\_\_\_

Leiden Sie unter erhöhtem Würgereiz? \_\_\_\_\_

Knirschen o. pressen Sie mit den Zähnen? \_\_\_\_\_

Leiden Sie an regelm. Kopf-, Gesichts- oder Ohrenschmerzen? \_\_\_\_\_

**Ist bei Ihnen in der Vergangenheit eine der folgend aufgeführten zahnmedizinischen Behandlungen durchgeführt worden?**

Kieferorthopädische Behandlung \_\_\_\_\_

Kiefergelenk-, Funktionstherapie, oder Schienenbehandlung \_\_\_\_\_

Wurden in den letzten 12 Monaten Röntgenbilder vom Ihrem Zahn- oder Kieferbereich gemacht? \_\_\_\_\_

Sind Sie mit Ihrer Zahnfarbe zufrieden? \_\_\_\_\_

Sind Sie mit Ihren Zähnen zufrieden? \_\_\_\_\_

Falls bei Ihnen Zahnersatz (Inlay, Krone, Brücke, Implantat, Prothese) vorhanden ist, wie alt ist dieser in etwa? \_\_\_\_\_ Jahre

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben.

Berlin, den \_\_\_\_\_ X \_\_\_\_\_  
Datum Unterschrift

Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und werden vertraulich behandelt (nach § 203 StGb).



Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

wir verpflichten uns, mit Ihren persönlichen Daten sorgsam umzugehen. Die Daten, die Sie uns im Rahmen der zahnmedizinischen Behandlung anvertrauen, werden von uns nur genutzt, um Ihnen die bestmögliche (zahn)medizinisch notwendige Behandlung zu ermöglichen. Im Rahmen der zahnärztlichen Behandlung erfassen wir in unserer Praxis personenbezogene Daten und speichern diese. Dabei wird in unseren EDV-Systemen u. a. Ihr Name, Ihre Anschrift, das Geburtsdatum und notwendige Informationen zum Zahnstatus und der geplanten bzw. erfolgten Behandlung aufgenommen (personenbezogene Daten).

Die Erhebung, Speicherung und Verarbeitung Ihrer Daten ist gemäß Art. 6 Abs. 1 b Europäischer Datenschutz-Grundverordnung (EU-DSGVO) und Art. 9 Abs. 2 h EU-DSGVO notwendig und zulässig. Eine Weitergabe Ihrer personenbezogenen Daten z. B. an Ihre Krankenversicherung, an die Unfallversicherung, den medizinischen Dienst der Krankenkassen erfolgt nur, wenn wir gesetzlich dazu verpflichtet sind, die Weitergabe im Rahmen unseres Behandlungsvertrages erforderlich ist oder Sie in die Weitergabe eingewilligt haben.

Die von uns gespeicherten Daten werden gelöscht, wenn Sie für den Zweck der Erhebung, Speicherung und Verwendung nicht mehr benötigt werden oder gesetzliche Aufbewahrungspflichten z. B. im Rahmen der Patientenrechte, der Röntgenverordnung oder vor dem Hintergrund von möglichen Gewährleistungs- oder Haftungsansprüchen nicht mehr bestehen.

Auf Grundlage der EU-DSGVO können Sie uns gegenüber – beschränkt z. B. durch gesetzliche Fristen oder Rechte – auf Berichtigung und Löschung Ihrer Daten bestehen, Auskunft über die von uns gespeicherten Daten verlangen bzw. die Datenverarbeitung und Datenweitergabe einschränken.

Sollten Sie mit der Erfassung und Verarbeitung Ihrer Daten nicht einverstanden sein, oder vermuten Sie einen Verstoß gegen das Datenschutzrecht, dann sprechen Sie uns bitte an. Auch steht Ihnen die Beschwerde beim Landesbeauftragten für Datenschutz in Berlin offen:

Berliner Beauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit  
Friedrichstr. 219  
10969 Berlin

Ihre Praxis MUNDPROPAGANDA,  
Hannes Julian Schulte Ostermann

#### HINWEIS

Ein Merkblatt zur Datenverarbeitung mit häufig gestellten Fragen und rechtlichen Grundlagen erhalten Sie am Empfang.

Haben Sie weitere Fragen? Sprechen Sie uns an!

BITTE WENDEN »

## EINWILLIGUNG - DATENAUSTAUSCH MIT ÜBERWEISENDEN (ZAHN)ÄRZTEN, VORBEHANDLERN UND FOLGEBEHANDLERN



Um die medizinisch notwendige Behandlung sicherzustellen, kann es erforderlich sein, dass wir die für die Behandlung notwendigen Gesundheitsdaten von Ihrem vorbehandelnden oder überweisenden Zahnarzt, Ihrem Hausarzt oder von einem anderen Arzt, bei dem Sie sich in Behandlung befinden, anfordern oder an diesen übersenden müssen. **Diese Personenkreise unterliegen selbstverständlich der Schweigepflicht.**

**Ich willige bis zu meinem Widerruf ein**, dass die oben genannte Praxis meine oben genannten Gesundheitsdaten zu dem zuvor aufgeführten Zweck an die nachfolgenden aufgeführten Vorbehandler (Zahn-)Arzt oder überweisenden (Zahn-)Arzt übermitteln bzw. von ihnen anfordern dürfen. Insoweit befreie ich die Praxis auch von der Schweigepflicht gegenüber den nachfolgenden genannten (Zahn-)Ärzten.

---

Name und Anschrift des überweisenden (Zahn-)Arztes, Vorbehandler, o.Ä.

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Berlin, den \_\_\_\_\_ **X** \_\_\_\_\_  
Datum Unterschrift des Patienten

## EINWILLIGUNG - DATENAUSTAUSCH MIT ANDEREN FACHÄRZTEN

Ihr behandelnder Arzt/Ärztin arbeitet interdisziplinär mit anderen Fachzahnärzten zusammen. Zur umfassenden Diagnose kann es erforderlich sein, dass befundbezogene Daten im Verlauf der Behandlung an diese Fachzahnärzte übermittelt werden müssen. Dieser Personenkreis unterliegen selbstverständlich der Schweigepflicht.

**Ich willige bis zu meinem Widerruf ein**, dass der behandelnde Arzt/Ärztin die für Ihre Betreuung/Behandlung erforderlichen Informationen an die genannten Personenkreise weitergeben darf.

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Berlin, den \_\_\_\_\_ **X** \_\_\_\_\_  
Datum Unterschrift  
(bzw. gesetzl. Vertreter)



## MERKBLATT ZUR DATENVERARBEITUNG

### Häufig gestellte Fragen

#### 1. Welche personenbezogenen Daten erheben wir und warum?

Damit wir Sie behandeln können, müssen wir eine Patientenakte anlegen und hierin personenbezogenen Daten (Stammdaten und Gesundheitsdaten) von Ihnen verarbeiten. Das schreibt nicht nur das Gesetz vor, sondern es ist für die Behandlungsqualität unabdingbar. Die Erhebung von Gesundheitsdaten ist damit Voraussetzung für Ihre Behandlung. Werden die notwendigen Informationen nicht bereitgestellt, kann eine sorgfältige Behandlung nicht erfolgen. Wir erheben, speichern, nutzen, übermitteln und löschen daher personenbezogene Daten folgender **Personen**:

- Patienten unserer Praxis
- Alle anderen natürlichen Personen, die in Kontakt mit unserer Praxis stehen (z.B. Bevollmächtigte von Patienten, Erziehungsberechtigte von Patienten, Mitarbeiter juristischer Personen)
- Folgende personenbezogenen Daten verarbeiten wir:
- Persönliche Angaben (z.B. Vor- und Nachname, Adresse, Geburtsdatum und -ort, E-Mail-Adresse, Telefonnummer, Versicherungsstatus)
- Gesundheitsdaten (zu den vom Gesetz besonders geschützten Gesundheitsdaten gehören Bspw. von uns und anderen Ärzten erhobene Befunde, Anamnesen, Diagnosen und Therapieempfehlungen)
- Angaben zu Kindern erheben wir nur dann, wenn diese durch die Erziehungsberechtigten in unserer Praxis als Patient vorgestellt werden.
- Soweit Sie eingewilligt haben, können wir Ihre Daten auch zu bestimmten anderen als den Behandlungszwecken verwenden, wie z.B. Praxismailings, Informationen oder Terminerinnerungen, die Sie betreffen.

#### 2. An wen werden ggf. Ihre personenbezogenen Daten übermittelt?

Wir übermitteln Ihre personenbezogenen Daten nur dann an Dritte, wenn dies gesetzlich erlaubt ist oder Sie eingewilligt haben. Im Rahmen der Behandlung kann es sein, dass wir mit anderen Ärzten, Psychotherapeuten und anderen Leistungsbringern zusammenarbeiten, an die wir auch Daten von Ihnen übermitteln müssen. Dazu gehören spw. auch Labore, mit denen wir zusammenarbeiten, um bestimmte Werte (etwa Blutwerte) erstellen zu lassen, die wir für die Behandlung und Diagnose benötigen.

Im Falle der Abrechnung der bei Ihnen erbrachten Leistungen erhalten Ihre gesetzliche Krankenkasse und die zuständige Kassenärztliche Vereinigung die erforderlichen Behandlungsdaten. Sind Sie privat versichert, erhält Ihre Privatkasse nur dann Daten, wenn Sie uns ausdrücklich dazu auffordern, Ihre Daten an Ihre private Krankenkasse zu übermitteln.

Darüber hinaus bestehen gesetzliche Vorgaben zur Zusammenarbeit mit der Kassenärztlichen Vereinigung, Ihrer Krankenkasse und Rentenversicherung, dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung und Ärztekammern, insbes. um medizinische und sich aus Ihrem Versicherungsverhältnis ergebenden Fragen zu klären. Im Einzelfall übermitteln wir die Daten – mit Ihrem Einverständnis – an weitere berechtigte Empfänger.

#### 3. Wie lange werden Ihre Daten von uns gespeichert?

Wir bewahren Ihre personenbezogenen Daten nur solange auf, wie dies für die Durchführung der Behandlung erforderlich ist. Aufgrund rechtlicher Vorgaben sind wir dazu verpflichtet, diese Daten mindestens 10 Jahre nach Abschluss der Behandlung

aufzubewahren. Nach anderen Vorschriften können sich längere Aufbewahrungsfristen ergeben, z.B. 30 Jahre bei Röntgenaufzeichnungen (gem. § 28 Abs. 3 Röntgenverordnung). Das Erhalten von Beweismitteln für rechtliche Auseinandersetzungen im Rahmen der gesetzlichen Verjährungsvorschriften kann aufgrund der zivilrechtlichen Verjährungsfristen von bis zu 30 Jahren, wobei die regelmäßige Verjährungsfrist drei Jahre beträgt, eine über 10 Jahre hinausgehende Aufbewahrung nach sich ziehen.

#### 4. Welche Rechte haben Sie im Zusammenhang mit dem Datenschutz?

Hinsichtlich der Sie betreffenden personenbezogenen Daten haben Sie uns gegenüber folgende Rechte

- Recht auf Auskunft
- Recht auf Berichtigung
- ggf. Recht auf Löschung
- Recht auf Einschränkung der Verarbeitung
- Recht auf Widerspruch gegen die Verarbeitung
- Recht auf Datenübertragbarkeit auf andere von Ihnen benannte Stellen. Hierzu ist eine gesonderte Einwilligung erforderlich.

Soweit Sie in die Verarbeitung Ihrer Daten eingewilligt haben, haben Sie das Recht, die Einwilligung für die zukünftige Verarbeitung zu widerrufen. Wir weisen darauf hin, dass damit ggf. eine weitere Behandlung nicht mehr möglich ist.

Ihr Praxisteam  
Berlin, den 12.06.2020

#### Rechtsgrundlagen für die Datenverarbeitung in der Zahnarztpraxis

- Rechtsgrundlage für die Verarbeitung von Daten ist Artikel 9 Absatz 2 lit. h) DSGVO in Verbindung mit § 22 Absatz 1 Nr. 1 lit. b) Bundesdatenschutzgesetz sowie der Behandlungsvertrag nach den §§ 630 ff. BGB, § 10 Abs. 1 MBO-Ä, § 57 Abs. 3 BMV-Ä.
- Rechtsgrundlagen für die Übermittlung an andere Ärzte sind der Behandlungsvertrag sowie § 73 Absatz 1b SGB V für den Zweck der Mit-/Weiter-Behandlung und Dokumentation der Behandlung.
- Rechtsgrundlagen für die Übermittlung an die Kassenärztliche Vereinigung sind insbesondere §§ 294 ff. SGBV; §§ 12, 106 SGB V; § 295 Absatz 1a SGB V; §§ 298, 299 SGB V für folgende Zwecke: Abrechnung der kassenärztlichen Leistungen, Abrechnungsprüfung, Qualitätssicherung, Wirtschaftlichkeitsprüfung sowie gesetzlich vorgesehene Weiterleitung durch die Kassenärztliche Vereinigung an die zuständige Krankenkasse.
- Rechtsgrundlage für die Übermittlung an den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung ist § 291 Absatz 2b SGB V, § 36, Abs. 1 BMV-Ä (im Falle von § 44 Abs. 4 SGB V mit Ihrer Einwilligung zum Zweck der Feststellung der Leistungsberechtigung gemäß den Arbeitsunfähigkeitsrichtlinien).
- Rechtsgrundlage für die Übermittlung an den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung ist § 276 SGB V für den Zweck der Prüfung, Beratung und Begutachtung.
- Rechtsgrundlage für die Übermittlung an privatärztliche Verrechnungsstellen ist ausschließlich Ihre ausdrückliche Einwilligung für den Zweck der Abrechnung privater Leistungen.
- Darüber hinaus können sich weitere Datenübermittlungspflichten aus anderen gesetzlichen Vorgaben ergeben.

## INFORMATIONEN ZUR TERMINVERGABE



Unsere Praxis verfügt über ein effizientes Terminmanagement. Termine die wir mit Ihnen planen, sind ausschließlich für Ihre Behandlung vergeben und werden für Sie freigehalten. Sollte es Ihnen nicht möglich sein, einen Termin wahrzunehmen, so bitten wir Sie, uns dies möglichst 48 Stunden vorher mitzuteilen.

**Mir ist bekannt**, dass dieser Termin extra für mich freigehalten wird und dass es deshalb aus organisatorischen Gründen erforderlich ist, dass ich für den Fall einer Verhinderung rechtzeitig - d. h. möglichst zwei Tage vor dem Termin – absage, damit noch die Möglichkeit besteht „Ersatzpatienten“ einzubestellen.

**Sollte ich dennoch nicht rechtzeitig absagen**, ist mir bekannt, dass mir die Kosten für die im Termin vereinbarte Behandlung in Rechnung gestellt werden. Dies gilt nicht bei nachweislich schuldlos unterbliebener Absage.

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Berlin, den \_\_\_\_\_ Datum

**X** \_\_\_\_\_  
Unterschrift des Patienten  
(bzw. gesetzl. Vertreter)