

Liebe dein Lachen

Lieber Patient, liebe Patientin,

vor Durchführung einer Behandlung müssen wir, um bestmöglich auf Sie einzugehen und Komplikationen zu vermeiden, über Ihren aktuellen Gesundheitszustand informiert sein.

Anamnese

Name, Vorname: _____ geb. _____

Versichert über: _____

Anschrift: _____

Geburtsort: _____

Telefon / Mobil: _____

E-Mailadresse: _____

Beruf: _____

Arbeitgeber / Tel.: _____

Weshalb suchen Sie uns auf? _____

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden, wer hat uns empfohlen?

Hausarzt: _____

Medikamente: _____

Leiden Sie unter einer o. mehrerer folgenden Erkrankungen?

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="radio"/> Herzschwäche / Insuffizienz | <input type="radio"/> Herzinfarkt | <input type="radio"/> Zuckerkrankheit |
| <input type="radio"/> Unregelmäßiger Herzschlag | <input type="radio"/> Blutgerinnungsstörungen | <input type="radio"/> Nierenleiden |
| <input type="radio"/> Herzasthma / Angina Pectoris | <input type="radio"/> Ohnmachtsanfälle | <input type="radio"/> Krebserkrankung |
| <input type="radio"/> Herzschrittmacher | <input type="radio"/> Rheuma | <input type="radio"/> Hepatitis |
| <input type="radio"/> Verengung der Herzkranzgefäße | <input type="radio"/> Asthma | <input type="radio"/> HIV / Aids |
| <input type="radio"/> Blutdruckprobleme | <input type="radio"/> Lebererkrankung | <input type="radio"/> MRSA / Krankenhauskeim |
| <input type="radio"/> Osteoporose | <input type="radio"/> Krampfanfälle | <input type="radio"/> Andere Erkrankungen |

Leide Sie unter Allergien? Wenn ja, welche?

Rauchen Sie? Wenn ja, wie viele?

Sind Sie schwanger? Ja Nein

Möchten Sie in unser Recallsystem aufgenommen und benachrichtigt werden, wenn Ihr nächster Vorsorgetermin erforderlich ist? Ja Nein

Liebe dein Lachen

Ihre Qualitätserwartungen an Ihre zahnmedizinische Behandlung

Mit den folgenden Fragen möchten wir Ihre Erwartungen an unsere Behandlung erfahren. Durch Ihre Antworten sind wir in der Lage, die für Sie optimale Behandlung zu planen.

So können wir auf Ihre individuellen Schwerpunkte und Ihre persönlichen Wünsche besser eingehen und Sie können sicher sein, dass Sie immer die richtige Behandlung erhalten.

Bitte kreuzen Sie die entsprechende Zahl an.

1. Wie wichtig sind Ihnen gesunde und schöne Zähne?

wenig 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 sehr

2. Wie wichtig ist Ihnen ein frischer Atem?

wenig 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 sehr

Wie wichtig ist es Ihnen, Ihre eigenen Zähne bis ins hohe Alter zu erhalten?

wenig 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 sehr

Termine und Wartezeiten

Um Wartezeiten zu vermeiden und einen reibungslosen Ablauf zu gewährleisten, behandeln wir nach Terminvereinbarung und halten ausschließlich für Ihre Behandlung Zeit frei. Sollte es dennoch aus unvorhersehbaren Gründen, wie z. B. ein medizinischer Notfall, zu Wartezeiten kommen, bitten wir dieses zu entschuldigen.

Sollten Sie Ihren Termin nicht wahrnehmen können, bitten wir Sie, uns dies spätestens 24 Stunden vorher mitzuteilen, damit wir Ihren Termin anderweitig vergeben können. Andernfalls müssen wir Ihnen ggf. ein Ausfallhonorar (nach §615 BGB) in Rechnung stellen, 50 € / 15 Min.

Einwilligungserklärung zur Datennutzung zu weiteren Zwecken

Mit meiner Unterschrift willige ich ein, dass die Zahnarztpraxis *Jennifer Risse, Neusser Straße 482 in 50733 Köln*, die von mir für die Anmeldung angegebenen personenbezogenen Daten zum Zweck der Durchführung eines Behandlungsvertrages auf der Grundlage der gesetzlichen Berechtigung erhebt.

Für jede darüber hinausgehende Nutzung der personenbezogenen Daten und für die Erhebung zusätzlicher Informationen, ebenso für die Weiterleitung an Dritte, bedarf es Ihrer Einwilligung. Eine solche Einwilligung können Sie uns nachfolgend freiwillig erteilen.

Einwilligung in die Datennutzung zu weiteren Zwecken

1. Ich willige ein, dass die erhobenen Daten auch für zukünftige Behandlungsverträge genutzt werden dürfen.
2. Ich willige ein, dass die erhobenen Daten, soweit erforderlich und notwendig, im Rahmen ärztlicher Überweisungen an andere Arztpraxen und Kliniken (auch auf digitalem Wege) übermittelt werden dürfen.
3. Ich willige ein, dass das Praxisteam, falls erforderlich, Patientendaten wie z. B. Röntgenbilder bei anderen Arztpraxen und Kliniken anfordern kann.
4. Ich willige ein, dass mich das Praxisteam telefonisch, per Post und per E-Mail über Terminplanungen informiert.
5. Ich willige ein, dass mich das Praxisteam im Rahmen des Recallsystems telefonisch, per Post und per E-Mail informiert.

Liebe dein Lachen

6. Ich habe das Datenschutz-Informationsblatt gelesen.
7. Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung gegenüber der Ärztin / dem Team nur mit Wirkung für die Zukunft jederzeit formlos widerrufen kann. Bisher durchgeführte, von dieser Einwilligung abgedeckte Datenweitergaben bleiben dadurch rechtmäßig.

Falls Sie einem der sieben Einwilligungspunkte nicht zustimmen wollen, streichen Sie ihn bitte durch.

Ich bestätige mit meiner Unterschrift die Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht zu haben und die Informationen gelesen und verstanden habe.

Vielen Dank, dass Sie sich die Zeit genommen und unsere Fragen beantwortet haben.

Ihr Praxisteam Jennifer Risse

Ort, Datum

Unterschrift Patient, bzw. ges. Vertreter

Liebe dein Lachen

Informationsblatt gemäß Artikel 13 Datenschutzgrundverordnung (DSGVO)

Datenverarbeiter, Verantwortlicher	
Name und Kontaktdaten des Verantwortlichen sowie ggf. seines Vertreters	Jennifer Risse Neusser Straße 482, 50733 Köln
Interner o. externer Datenschutzbeauftragter, sofern gemäß Art. 37 DSGVO benannt	--
Verarbeitungsrahmen	
Zwecke, für die die personenbezogenen Daten verarbeitet werden sollen sowie die Rechtsgrundlage für die Verarbeitung	Zur Erfüllung des Behandlungsvertrages sowie zur Dokumentation der Behandlung (§630a und 630f BGB)
Wenn die Verarbeitung auf Artikel 6 Abs 1 lit. f. DSGVO beruht, die berechtigten Interessen, die von dem Verantwortlichen oder einem Dritten verfolgt werden	Zur Durchsetzung zivilrechtlicher Ansprüche
Die Empfänger oder Kategorien von Empfängern der personenbezogenen Daten	Kassenzahnärztliche Vereinigung, Krankenkassen, Factoringunternehmen
Dauer, für die die personenbezogenen Daten gespeichert werden, oder falls dies nicht möglich ist, die Kriterien für die Festlegung dieser Dauer	10 Jahre Behandlungsdokumentation (§630 f. Abs. 3 BGB)
Die Bereitstellung der personenbezogenen Daten ist gesetzlich oder vertraglich vorgeschrieben oder für einen Vertragsabschluss erforderlich	Zur Durchführung der Behandlung erforderlich
Die betroffene Person ist verpflichtet / nicht verpflichtet, die personenbezogenen Daten bereitzustellen; mögliche Folgen der Nichtbereitstellung	Ohne Bereitstellung kann keine Behandlung erfolgen
Sofern einschlägig: Bestehen einer automatisierten Entscheidungsfindung einschließlich Profiling gemäß Art. 22 Abs. 1 und 4 DSGVO und - zumindest in diesen Fällen – aussagekräftige Informationen über die involvierte Logik sowie die Tragweite und die angestrebten Auswirkungen einer derartigen Verarbeitung die betroffene Person	--
Weitergabe und Auslandsbezug	
Absicht des Verantwortlichen, die personenbezogenen Daten an ein Drittland oder eine internationale Organisation zu übermitteln, sowie das Vorhandensein oder das Fehlen eines Angemessenheitsbeschlusses der Kommission oder im Falle von Übermittlungen gemäß Art. 46 o. Art. 47 DSGVO o. Art. 49 Abs. 1 Unterabs. 2 DSGVO einen Verweis auf die geeigneten oder angemessenen Garantien und die Möglichkeit, wie eine Kopie von Ihnen zu erhalten ist, oder wo sie verfügbar sind.	--
Betroffenenrechte	
Als betroffene Person werden Sie darüber informiert, dass Sie ein Recht auf Auskunft (Art. 15 DSGVO), Berichtigung (Art. 16 DSGVO), Löschung bzw. Einschränkung (Art. 18 DSGVO) der Verarbeitung oder eines Widerspruchsrechts gegen die Verarbeitung (Art. 21 DSGVO) sowie das Recht auf Datenübertragbarkeit (Art. 20 DSGVO) haben. Zudem haben Sie das Recht, die Einwilligung im Sinne von §6 Abs. 1 lit. a oder Art. 9 Abs. 2 lit. a DSGVO jederzeit zu widerrufen, ohne dass die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung berührt wird. Weiter besteht ein Beschwerderecht bei der Aufsichtsbehörde (Landesbeauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit Nordrhein-Westfalen, Postfach 200444, 40102 Düsseldorf).	

Zur Kenntnis genommen am: _____

Unterschrift der betr. Person: _____

Liebe dein Lachen

Aufklärung über örtliche Betäubung

Lieber Patient,

um Ihre Behandlung für Sie so schmerzfrei wie möglich zu gestalten, kann es je nach Behandlungssituation individuell nötig sein, eine örtliche Betäubung vorzunehmen. Dies ist routinemäßiger Vorgang. Dennoch kann es zu Komplikationen kommen.

- So z. B. können durch die Verwendung der Spritze im Injektionsgebiet Blutungen und Hämatome (blaue Flecken) durch Gefäßverletzungen auftreten. Geschieht dies im hinteren Unterkieferbereich, kann dies unter Umständen zu einer vorübergehenden Einschränkung der Mundöffnung führen.
- Ferner können Kreislauf- oder allergische Reaktion auftreten. Bitte informieren Sie uns darum auch über Allergien und andere allgemeine Erkrankungen (Herz-Kreislauf, Diabetes, Asthma, etc.), soweit diese bekannt sind.
- Durch die Injektion ist in sehr seltenen Fällen eine Schädigung des Unterkiefer-Nerven möglich. Im Unterkiefer führt dies zu Gefühlsstörungen im Lippen- oder Zungenbereich. Diese bilden sich in der Regel nach wenigen Wochen wieder zurück. Nur in sehr seltenen Fällen können permanente Sensibilitätsstörungen auftreten.
- Nach einer Behandlung unter lokaler Betäubung kann Ihre Reaktionsfähigkeit und somit Ihre Verkehrstauglichkeit eingeschränkt sein. Bitte berücksichtigen Sie diese bei Ihrem Zahnarztbesuch und lassen Sie sich ggf. nach Hause fahren.
- Ferner möchten wir Sie darum bitten, mit dem Kauen von Speisen und dem Verzehr von heißen Getränken zu warten, bis das Gefühl wieder vollständig zurückgekehrt ist. Dies sollte in den nächsten 2 bis 4 Stunden nach der Injektion geschehen. Die Gefahr von Verletzungen wäre zu groß. Aus diesem Grund möchten wir die Diabetiker unter Ihnen darauf hinweisen, bitte vor der Behandlung ausreichend zu essen.
- Bitte teilen Sie uns mit, wenn Sie in der Vergangenheit schon einmal Probleme in Verbindung mit einer örtlichen Betäubung während einer zahnärztlichen Behandlung hatten.

Ich bestätige mit meiner Unterschrift dass ich die Informationen gelesen und verstanden habe.

Ort, Datum

Unterschrift Patient, bzw. ges. Vertreter