

Anamnesebogen

Bitte vollständig ausfüllen


Dr. med. dent.
Matthias Borho
Zahnarzt

Ihr Name _____ geb. am _____
(Name, Vorname)

Versicherter _____ geb. am _____
(Name, Vorname, falls von obiger Person abweichend)

Straße _____ PLZ, Ort _____

Tel. privat: _____ Mobil: _____ Tel. geschäftl.: _____

Arbeitgeber _____ Beruf _____

Krankenversicherung _____ Versicherungs Nr.: _____

Empfohlen von: _____

pflichtversichert private Zusatzversicherung privat versichert beihilfeberechtigt

Im Interesse einer komplikationslosen Behandlung bitte ich um folgende Angaben:

Bitte kreuzen Sie das Zutreffende an/
vervollständigen Sie bitte.

nein ja (Wenn JA, welche Medikamente nehmen Sie hierfür ein?)

- | | | | |
|--|-----------------------|-----------------------|-------|
| · Haben Sie zu hohen Blutdruck? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | _____ |
| · Haben Sie zu niedrigen Blutdruck? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | _____ |
| · Haben oder hatten Sie eine Erkrankung des Herzens? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | _____ |
| · Haben Sie einen Herzschrittmacher? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | _____ |

Leiden Sie unter folgenden Beschwerden?

(Wenn JA, welche Medikamente nehmen Sie hierfür ein?)

- | | | | |
|--|-----------------------|-----------------------|---|
| · Erkrankungen des Blutes (z.B. Gerinnungsstörung) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | _____ |
| · Allergien | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | _____ |
| · Zuckerkrankheit (Diabetes) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | _____ |
| · Schilddrüsenerkrankung | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | _____ |
| · Asthma | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | _____ |
| · Osteoporose | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | _____ |
| · Nierenerkrankung | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | _____ |
| · Rheuma | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | _____ |
| · Anfallsleiden | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | _____ |
| · Magen- / Darmerkrankung | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | _____ |
| · Immunschwäche (z.B. AIDS) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | _____ |
| · Hatten Sie Gelbsucht? (Hepatitis A, B, C) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Wenn JA, welche? _____ |
| · Vertragen Sie bestimmte Medikamente nicht? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Wenn JA, welche? _____ |
| · Hatten Sie Reaktionen auf Spritzen? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Wenn JA, welche? _____ |
| · Bestehen z.Z. sonstige Erkrankungen? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Wenn JA, welche? _____ |
| · Nehmen Sie noch weitere Medikamente ein? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Wenn JA, welche? _____ |
| · Pflegegrad | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Stufe (bitte zutreffende Stufe ankreuzen) <input type="radio"/> ① <input type="radio"/> ② <input type="radio"/> ③ <input type="radio"/> ④ <input type="radio"/> ⑤ |
| · Für Patientinnen: Sind Sie schwanger? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| · Legen Sie Wert auf Behandlung unter örtlicher Betäubung? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |

Wer ist Ihr behandelnder Hausarzt/Internist?

Name _____


Adresse _____

Telefon _____

Wurde bei Ihnen in letzter Zeit eine Großröntgenaufnahme gemacht? (Großröntgenaufnahmen zeigen den gesamten Kieferbereich und decken evtl. Nebenbefunde auf, die eine erfolgreiche Behandlung verhindern könnten.)

nein ja, am _____

Wünschen Sie, dass wir Sie an Ihren halbjährlichen Zahnarztbesuch erinnern (Recall-System) und sind Sie damit einverstanden 'per' Postkarte darüber informiert zu werden? ja nein

Datum _____ Unterschrift 

Bitte Rückseite beachten!

PATIENTENINFORMATION ZUM DATENSCHUTZ

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
der Schutz Ihrer personenbezogenen Daten ist uns wichtig. Nach der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) sind wir verpflichtet, Sie darüber zu informieren, zu welchem Zweck unsere Praxis Daten erhebt, speichert oder weiterleitet. Der Information können Sie auch entnehmen, welche Rechte Sie in puncto Datenschutz haben.

1. VERANTWORTLICHKEIT FÜR DIE DATENVERARBEITUNG

Dr. Matthias Borho, Gritznerstr. 2, 76227 Karlsruhe, Tel. 0721-43719 - info@zahnarzt-borho.de

2. ZWECK DER DATENVERARBEITUNG

Die Datenverarbeitung erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben, um den Behandlungsvertrag zwischen Ihnen und Ihrem Zahnarzt und die damit verbundenen Pflichten zu erfüllen. Hierzu verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten, insbesondere Ihre Gesundheitsdaten. Dazu zählen Anamnesen, Diagnosen, Therapievorschläge und Befunde, die wir oder andere Ärzte erheben. Zu diesen Zwecken können uns auch andere Zahnärzte, Ärzte oder Psychotherapeuten, Physiotherapeuten, Logopäden etc., bei denen Sie in Behandlung sind, Daten zur Verfügung stellen (z.B. in Ordinationen, Überweisungen, Arztbriefen etc). Die Erhebung von Gesundheitsdaten ist Voraussetzung für Ihre Behandlung. Werden die notwendigen Informationen nicht bereitgestellt, kann eine sorgfältige Behandlung nicht erfolgen.

3. EMPFÄNGER IHRER DATEN

Wir übermitteln Ihre personenbezogenen Daten nur dann an Dritte, wenn dies erforderlich und gesetzlich erlaubt ist oder Sie eingewilligt haben. Empfänger Ihrer personenbezogenen Daten können vor allem andere Zahnärzte, Ärzte oder Psychotherapeuten, Physiotherapeuten, Logopäden, Zahntechniker, die Kassenzahnärztliche Vereinigung, Beihilfestellen, private Krankenversicherungen, gesetzliche Krankenkassen, Gutachter, der Medizinische Dienst der Krankenversicherung, die Zahnärztekammer und privat(zahn)ärztliche Verrechnungsstellen sowie Steuerberater und die Finanzverwaltung sein.

Die Übermittlung erfolgt überwiegend zur Abstimmung von zahnmedizinischen und interdisziplinären Sachverhalten in Bezug auf Ihre allgemeine oder Zahngesundheit, zur Abrechnung der bei Ihnen erbrachten Leistungen, zur Klärung von Fragen, die sich aus Ihrem Versicherungsverhältnis ergeben, sowie ggf. erforderlichenfalls durch Vorlage von Dokumenten, die Ihre Daten beinhalten, beim Steuerberater bzw. bei der Finanzverwaltung. In jedem Fall erfolgt die Übermittlung von Daten ausschließlich an weitere berechtigte Empfänger.

4. SPEICHERUNG IHRER DATEN

Wir bewahren Ihre personenbezogenen Daten nur solange auf, wie dies für die Durchführung Ihrer Behandlung erforderlich ist. Aufgrund rechtlicher Vorgaben sind wir dazu verpflichtet, diese Daten mindestens 10 Jahre nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren. Nach anderen Vorschriften ergeben sich ggf. längere Aufbewahrungsfristen, zum Beispiel 30 Jahre bei Röntgenaufzeichnungen laut Paragraph 28 Absatz 3 der Röntgenverordnung.

5. IHRE RECHTE


Sie haben das Recht, über die Sie betreffenden personenbezogenen Daten Auskunft zu erhalten. Auch können Sie die Berichtigung unrichtiger Daten verlangen. Darüber hinaus steht Ihnen unter bestimmten Voraussetzungen das Recht auf Löschung von Daten, das Recht auf Einschränkung der Datenverarbeitung sowie das Recht auf Datenübertragbarkeit zu. Die Verarbeitung Ihrer Daten erfolgt auf Basis von gesetzlichen Regelungen. Nur in Ausnahmefällen benötigen wir Ihr Einverständnis. In diesen Fällen haben Sie das Recht, die Einwilligung für die zukünftige Verarbeitung zu widerrufen. Sie haben ferner das Recht, sich bei der zuständigen Aufsichtsbehörde für den Datenschutz zu beschweren, wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht rechtmäßig erfolgt. Die Anschrift der für uns zuständigen Aufsichtsbehörde lautet: Landesbeauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit Baden-Württemberg, Postfach 10 29 32, 70025 Stuttgart (www.baden-wuerttemberg.datenschutz.de)

6. RECHTLICHE GRUNDLAGEN

Rechtsgrundlage für die Verarbeitung Ihrer Daten ist Artikel 9 Absatz 2 lit. h) DSGVO in Verbindung mit Paragraph 22 Absatz 1 Nr. 1 lit. b) Bundesdatenschutzgesetz. Sollten Sie Fragen haben, können Sie sich gern an uns wenden.

Ihr Praxisteam

.....

zur Kenntnis genommen: 

Datum Unterschrift Patient(in) / Erziehungsberechtigte(r) / Vormund