



GESUNDHEITSFRAGEBOGEN

SEITE 1 / 2

Dieser Fragebogen unterliegt der ärztlichen Schweigepflicht. Er ist im Interesse einer komplikationslosen Behandlung vollständig auszufüllen. Falls Sie einzelne Fragen nicht beantworten können oder wollen, klären Sie dies bitte in einem Gespräch mit dem Arzt **vor** der Behandlung. Vielen Dank.

Patient

Frau Herr

Name

Vorname

Geburtsdatum

Geburtsort

PLZ / Wohnort

Straße

Telefon / Mobil

E-Mail

Beruf

Arbeitgeber

Krankenkasse

Bei KVB I-III, Basis-Tarif, Postbeamten A und B sowie einigen Privatkassen und Beihilfestellen werden nicht in jedem Fall alle Leistungen übernommen

Versicherter (falls familienversichert)

Frau Herr

Name

Vorname

Geburtsdatum

Geburtsort

PLZ / Wohnort

Straße

Zahnarzt

Name

PLZ / Ort

Überweisender Zahnarzt / Arzt

Name

PLZ / Ort

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Zahnarztüberweisung Internet Empfehlung _____

Bitte kreuzen Sie an.

Ja **Nein**

Leiden Sie an einer ansteckenden Erkrankung?

(z.B. Hepatitis, HIV, AIDS, Tuberkulose)

Befinden Sie sich in ständiger ärztlicher Behandlung?

Wenn ja, weshalb? _____



Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

Wenn ja, welche?

Nehmen Sie eines der folgenden Medikamente ein?

Marcumar® ASS® Xarelto® Clopidogrel® für Knochenstoffwechsel

Sind Allergien bekannt (z.B. gegen Medikamente)?

Wenn ja, welche?

Bei Patientinnen: Besteht eine Schwangerschaft?

Wenn ja, welcher Monat?

Rauchen Sie?

Trinken Sie täglich Alkohol?

Konsumieren Sie Drogen?

Haben Sie ...

Herzerkrankungen?

eine Zuckerkrankheit?

Blutungsneigungen / Gerinnungsstörungen?

Atembeschwerden?

Leber- oder Nierenerkrankungen?

eine Tumorerkrankung?

Osteoporose?

sonstige Erkrankungen? _____

Hiermit erteile ich mein Einverständnis, dass erforderliche personenbezogene Daten und Befunde meinem überweisenden Zahnarzt Herrn/Frau _____

sowie an folgende weiterbehandelnde (Zahn-) Ärzte weitergeleitet werden:

Soweit im Laufe der Behandlung weitere (Zahn-) Ärzte für eine Mit-, Weiter- oder Nachbehandlung aus medizinischen Gründen hinzuzuziehen sind, erteile ich bereits jetzt mein Einverständnis, dass an diese meine personenbezogenen Daten weitergegeben werden. Mir ist bekannt, dass die Daten nur im Zusammenhang mit einer Behandlung verwendet werden und dass ich das Einverständnis jederzeit widerrufen kann. Gesetzliche, berufliche und vertrags(zahn)ärztliche Informationspflichten sind hiervon ausgenommen.

Ich willige der Erhebung, der elektronischen Speicherung und Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten unter Beachtung der Vorschriften der nationalen Datenschutzgesetze, sowie der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) ein. Die Patienteninformation zur DSGVO liegt öffentlich im Wartezimmer aus und ist mir bekannt.

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten
bzw. des gesetzlichen Vertreters

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

Verantwortlich für die Datenverarbeitung ist: Vorwig/Mistakidis/Kohlmeier

Praxisname: MKG Barmbek

Adresse: Fuhlsbüttler Strasse 405

Kontaktdaten: 040 881 650 300 info@mkg-barmbek.de

Sie erreichen die/den zuständige/n Datenschutzbeauftragte/n unter:

Name: Stephanie Greiner-Jean

Kontaktdaten: greiner-jean@mkg-barmbek.de

2. ZWECK DER DATENVERARBEITUNG

Die Datenverarbeitung erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben, um den Behandlungsvertrag zwischen Ihnen und Ihrem Arzt 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 Ärzte oder Psychotherapeuten, bei denen Sie in Behandlung sind, Daten zur Verfügung stellen (z.B. in Arztbriefen).

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 gesetzlich erlaubt ist oder Sie eingewilligt haben.

Empfänger Ihrer personenbezogenen Daten können vor allem andere Ärzte / Psychotherapeuten, Kassenärztliche Vereinigungen, Krankenkassen, der Medizinische Dienst der Krankenversicherung, Ärztekammern und privatärztliche Verrechnungsstellen sein.

Die Übermittlung erfolgt überwiegend zum Zwecke der Abrechnung der bei Ihnen erbrachten Leistungen, zur Klärung von medizinischen und sich aus Ihrem Versicherungsverhältnis ergebenden Fragen. Im Einzelfall erfolgt die Übermittlung von Daten an weitere berechnigte Empfänger.

4. SPEICHERUNG IHRER DATEN

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, zum Beispiel 30 Jahre bei Röntgenaufzeichnungen laut Paragraf 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:

Name: Der Hamburgische Beauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit

Anschrift: Klosterwall 6, 20095 Hamburg

6. RECHTLICHE GRUNDLAGEN

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

Ihr Praxisteam