

**ANMELDEFORMULAR**

Sehr geehrte Patientin, Sehr geehrter Patient,

herzlich willkommen in unserer Praxis. Dieser Anmeldebogen dient Ihrer Gesundheit und Sicherheit. Bitte lesen Sie ihn gut durch und füllen Sie ihn sorgfältig aus. Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht, werden elektronisch gespeichert und dienen ausschließlich dazu, die zahnmedizinische Betreuung durchzuführen. Wir führen unsere Praxis nach dem Bestellsystem. Reservierte, aber nicht rechtzeitig (spätestens 24 Stunden) vorher abgesagte Behandlungszeiten können Ihnen in Rechnung gestellt werden. Es gelten unsere allgemeinen Geschäftsbedingungen.

**Patient:**

Name: \_\_\_\_\_ Adresse: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_ PLZ: \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_

geb. am: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_ Tel. gesch.: \_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_

gesetzlich  beihilferechtigt  privat  privat Standardtarif  privat ohne Faktorbegrenzung

**Zahlungspflichtiger / Versicherter (falls Sie in einer Familienversicherung mitversichert sind):**

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

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

geb. am: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

Wer ist Ihr Hausarzt? \_\_\_\_\_ Adresse: \_\_\_\_\_

Von wem wurde unsere Praxis empfohlen? \_\_\_\_\_

Was ist Ihr **Hauptanliegen**? \_\_\_\_\_

Überweisung f. Implantation  Überweisung f. Wurzelkanalbeh.  Aussehen d. Zähne  Karies  Probleme mit vorhandener Versorgung  
 Zahnfleischprobleme  Verletzungen

**Vor der Behandlung bitten wir Sie uns kurz einige Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand zu beantworten:**

Waren Sie vor kurzem oder stehen Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung?  ja  nein

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? Wenn ja, welche?  ja  nein \_\_\_\_\_

Haben Sie jemals ungewöhnlich auf Spritzen oder Medikamente reagiert?  ja  nein

Neigen Sie zu allergischen Reaktionen?  ja  nein

Sind jemals Komplikationen bei zahnärztlichen Behandlungen aufgetreten?  ja  nein

Rauchen Sie?  ja  nein Besteht eine Schwangerschaft?  ja, im \_\_\_\_\_ Monat  nein

**Bestehen oder bestanden bei Ihnen die folgenden Krankheiten / Beschwerden / Befunde?:**

Herzerkrankung  Endokarditisrisiko  Nierenerkrankung  Rheuma  
 Hoher Blutdruck  Zuckerkrankheit  Biphosphonattherapie  Krampfleiden  
 Niedriger Blutdruck  Lebererkrankung  Immunschwäche (AIDS, HIV Kreuzfeld-Jakob)  Schlaganfall  
 Herzschrittmacher  Magen-/Darmerkrankung  Lungenerkrankung (Asthma)  
 Blutungsneigung  Schilddrüsenerkrankung  Nervenerkrankung

Haben Sie andere ernsthafte Erkrankungen? Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Haben Sie Implantate (Brust/Hüfte/Gelenke/Gefäße)?  ja  nein

Ihr letzter Zahnarztbesuch? \_\_\_\_\_ Die letzte Röntgenuntersuchung im Kopfbereich? \_\_\_\_\_

Die Patienten-Information zu Art.13 DS-GVO habe ich zur Kenntnis genommen  ja

Ich willige ein, dass meine Daten im Falle einer medizinischen Notwendigkeit an den weiter- oder mitbehandelnden Arzt weitergegeben werden.  ja

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_

## INFORMATIONEN ZUR ERHEBUNG PERSONENBEZOGENER DATEN

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

wir möchten Sie darüber informieren, dass im Rahmen der zahnärztlichen Behandlung in unserer Praxis personenbezogene Daten erhoben und gespeichert werden. Personenbezogene Daten sind Daten, die auf Sie persönlich beziehbar sind (z. B. Name, Adresse, Gesundheitsdaten).

Die Erhebung und Speicherung der Daten ist für die Behandlung gemäß Art. 6 Abs. 1 b) EU-DSGVO notwendig. Ohne die Erhebung und Speicherung der Daten ist die Behandlung nicht möglich. Die von Ihnen erhobenen und gespeicherten Gesundheitsdaten sind besondere Daten, deren Berechtigung zur Verarbeitung aus Art. 9 Abs. 2 h) EU-DSGVO folgt.

Verantwortlich für die Erhebung und Speicherung der Daten ist Dr. Thomas Mayer, erreichbar unter der Praxisanschrift Riedstrasse 4 – 76199 Karlsruhe, E-Mail [praxis@dr-mayer-ka.de](mailto:praxis@dr-mayer-ka.de) und Telefonnummer 0721 - 890807.

Die bei uns über Sie gespeicherten personenbezogenen Daten werden im Einzelfall nur dann weitergegeben, wenn wir gesetzlich dazu verpflichtet sind (bspw. gesetzliche Krankenversicherung, gesetzliche Unfallversicherung, Medizinischer Dienst der Krankenkassen), die Weitergabe zur Erfüllung des Behandlungsvertrages erforderlich ist (z. B. an das zahntechnische Labor, mitbehandelnde Ärzte oder medizinische Einrichtungen) oder Sie in die Weitergabe eingewilligt haben. Die Weitergabe erfolgt nur in dem notwendigen oder von Ihnen bewilligten Umfang.

Zur Erinnerung an vereinbarte Termine senden wir Ihnen eine unverschlüsselte Erinnerungs-Mail. Dazu geben Sie uns Ihr Einverständnis.

Die gespeicherten Daten werden gelöscht, sobald sie für den Zweck der Verarbeitung nicht mehr erforderlich sind. Im Übrigen haben wir gesetzliche Aufbewahrungspflichten zu erfüllen, die uns dazu verpflichten Gesundheitsdaten (Patientenakte) aufzubewahren (§ 630f Abs. 3 BGB, § 28 Abs. 3 RöV).

### **Sie haben uns gegenüber folgende Rechte, hinsichtlich der bei uns über Sie gespeicherten Daten:**

- Recht auf Berichtigung und Löschung
- Recht auf Auskunft
- Recht auf Einschränkung der Verarbeitung
- Recht auf Datenübertragbarkeit

Wir möchten Sie darauf aufmerksam machen, dass Ihr Recht auf Löschung der Daten gemäß Art. 17 Abs. 3 b) EU-DSGVO nur im Rahmen der Dokumentations- und Aufbewahrungspflichten, die uns gesetzlich auferlegt sind, erfolgen kann (§ 630f Abs. 3 BGB).

Ihnen steht weiterhin ein Beschwerderecht beim Landesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit in Baden-Württemberg zu.

Ihre Praxis Dr. Thomas Mayer