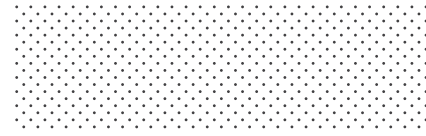




Zahnarztpraxis
Borgmann.



Zu Ihrer Person

Name

Vorname

Geburtsdatum

Straße

PLZ

Wohnort

E-Mail Privat

Telefon

Mobil

Beruf

Arbeitgeber

Hausarzt

Wie sind Sie krankenversichert?

Gesetzlich

Privat

Zahnzusatzversicherung

Name Krankenversicherung

Zu Ihrer letzten Behandlung

Von welchem Zahnarzt wurden Sie zuletzt betreut? _____

Wann wurden die letzten Röntgenaufnahmen im Kopfbereich aufgenommen? _____

Wie haben Sie uns gefunden?

Persönliche Empfehlung

Internet

Facebook

Sonstiges _____

Zu Ihrer Gesundheit

Allgemeine Krankheiten:

Ja Nein

Hoher Blutdruck

Niedriger Blutdruck

Blutgerinnungsstörung

Schlaganfall

Diabetes

Asthma

Herzerkrankungen

> wenn ja, welche:

Schilddrüsenerkr.

Rheuma

Allergien

wenn ja, welche:

Sonstige Erkrankungen:

Infektionskrankheiten:

Ja Nein

HIV

Hepatitis

Sonstige:

Rauchen Sie?

> wenn ja,

wie viel?

FÜR PATIENTINNEN:

Ja Nein

Nehmen Sie die Pille?

Sind Sie schwanger?

> wenn ja, welche Woche:

Nehmen Sie Medikamente?

> wenn ja, welche?

Welches Anliegen führt Sie zu uns?

CAD/CAM-Keramik

Zahnerhaltung

Implantologie

Vorsorgeuntersuchung

Professionelle Prophylaxe

zweite Meinung

Zahnersatz

Ja Nein

Knirschen oder Pressen Sie mit den Zähnen?

Haben Sie Zahnfleischprobleme? Blut beim Zähneputzen? Zahnfleischrückgang?

Leiden Sie unter Mundgeruch oder einem schlechten Geschmack?

Sind Sie mit der Stellung, Farbe und Form Ihrer Zähne zufrieden?

Wurden Ihre Zähne bisher mindestens halbjährlich professionell gereinigt?

Dürfen wir Ihnen den Service bieten, Sie an Ihre Vorsorge zu erinnern?

Benachrichtigung per:

SMS

E-Mail

Brief

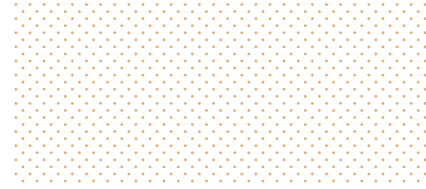
Ort, Datum

Unterschrift Patient

Unterschrift Arzt



Zahnarztpraxis
Borgmann.



Zustimmung zur Terminerinnerung und / oder Vorsorgeerinnerung (Recall)

Liebe Patienten,

aufgrund der neuen Datenschutzrichtlinien möchten wir Sie darauf hinweisen, dass wir mit Ihrer Zustimmung die Terminerinnerungen per SMS, telefonisch, per Brief oder E-Mail weiter aufrechterhalten können. Daher möchten wir Sie bitten, mit diesem Formular Ihr Einverständnis zu erteilen.

Dieser Service wird ausschließlich zum Zwecke der Terminerinnerung und / oder der Vorsorgeerinnerung, sowie der telefonischen Terminabsprache auf dem Computersystem in unserem Hause gespeichert. Ihre hierzu benötigten Daten werden weder an andere Stellen übermittelt, noch zu Werbezwecken benutzt.

Sie können diese Erklärung jederzeit widerrufen, wenn Sie diesen Service nicht mehr in Anspruch nehmen wollen.

Sollten wir Ihnen Benachrichtigungen per SMS schicken, weisen wir Sie darauf hin, dass diese unverschlüsselt auf Ihr Telefon versendet werden und damit unter Umständen von unberechtigten Dritten mitgelesen werden können.

Um sicherzustellen, dass wir unsere Nachricht auch immer an den richtigen Empfänger senden, bitten wir Sie, uns umgehend zu benachrichtigen, wenn sich Ihre Rufnummer, Ihre Adresse oder Ihre E-Mail geändert hat.

Patientenname _____ Name des Erziehungsberechtigten _____

Adresse _____

Telefonnummer _____ E-Mail _____

Ich bin mit dem oben genannten Service einverstanden:

Köln, den _____ Unterschrift Patient _____

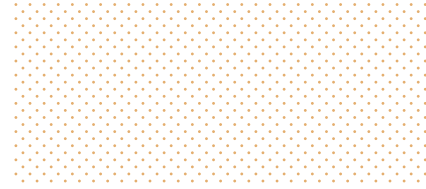
Zahnarztpraxis Borgmann

Kirchweg 91-93 / 50858 Köln / T. 0221.482 800 / F. 0221.48 568 076
kontakt@zahnarztpraxis-borgmann.de

www.zahnarztpraxis-borgmann.de



Zahnarztpraxis
Borgmann.



Einwilligungserklärung

Ich bin heute zum ersten Mal zur zahnärztlichen Behandlung durch die Zahnarztpraxis Borgmann in dessen Sprechstunde erschienen. Ich stimme zu, dass meine für die Behandlung notwendigen Daten auf dem Computersystem der Praxis gespeichert werden dürfen.

Die gespeicherten Daten werden sparsam erhoben und dienen ausschließlich dem Zweck der Behandlung des Patienten.

Es handelt sich dabei um:

- **persönliche Daten**, wie Name, Vorname, Geburtsdatum, Anschrift, Name der Krankenkasse,
- **Kontakt**daten, wie Telefonnummer oder E-Mail-Adresse, wenn Sie vor einem bevorstehenden Termin daran erinnert werden möchten
- **Abrechnungsdaten** zur Verrechnung einer Leistung mit Ihrer Krankenkasse oder direkt mit Ihnen,
- **Befunde und Rezepte**,
- Röntgenaufnahmen
- sowie andere Daten, die zur Anfertigung von Zahnersatz benötigt werden.

In der Praxis haben nur Mitarbeiter Zugang zu Ihren Daten, die eine Vertraulichkeitserklärung nach der EU-DSGVO (Europäische Datenschutz-Grundverordnung) unterschrieben haben.

Ihre persönlichen Daten geben wir an Dritte nur weiter, wenn wir dazu aufgrund gesetzlicher Vorschriften verpflichtet sind.

Dies sind zum Beispiel:

- Übermittlung an die Kassenärztlichen Vereinigungen,
- Übermittlung an die Prüfungsstellen
- Übermittlung an die Krankenkassen,
- Übermittlung an den Medizinischen Dienst der Krankenkassen

Weitere Verpflichtungen zur Datenübermittlung können sich ergeben aus

- dem Infektionsschutzgesetz (§§ 6 ff. IfSG),
- den Krebsregistergesetzen der Länder,
- der Röntgenverordnung und der
- Strahlenschutzverordnung.

Wenn wir Leistungen mit Ihnen direkt abrechnen (als Privatpatient oder Leistungen, die Ihre gesetzliche Krankenkasse nicht übernimmt), so übersenden wir die für die Abrechnung notwendigen Daten an unsere zentrale Abrechnungsstelle. Sollen wir Ihre Daten an andere als die hier genannten Stellen übermitteln, so benötigen wir in allen Fällen hierzu Ihre schriftliche Genehmigung.

Wir weisen Sie darauf hin, dass Sie ein Auskunftsrecht über ihre in unserer Praxis gespeicherten persönlichen Daten haben. Sie haben Recht auf die Berichtigung falsch gespeicherter Daten und können deren Löschung beantragen. Wir sind allerdings rechtlich gefordert, Patientenakten mindestens 10 Jahre nach dem letzten Besuch aufzubewahren.

Wenn Sie Fragen zu Ihren gespeicherten Daten haben, können Sie sich gerne jederzeit an uns wenden. Die Vertretung Ihrer Datenschutzrechte nimmt darüber hinaus auch der Landesdatenschutzbeauftragte des Landes Hessen wahr, den Sie unter folgender Anschrift erreichen können:

Landesbeauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit
Helga Block, Kavalleriestr. 2-4, 40213 Düsseldorf
Tel.: 0211-38424-0, Mail: poststelle@ldi.nrw.de

Ich erkläre, dass ich die obigen Erläuterungen gelesen und verstanden habe. Die Einwilligungserklärung wurde freiwillig gegeben.

Patientenname _____ Name des Erziehungsberechtigten _____

Adresse _____ Telefonnummer _____

Köln, den _____ Unterschrift Patient _____

Zahnarztpraxis Borgmann

Kirchweg 91-93 / 50858 Köln / T. 0221.482 800 / F. 0221.48 568 076
kontakt@zahnarztpraxis-borgmann.de