

## Anmeldebogen mit Anamnese

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

herzlich willkommen in unserer Praxis. Für eine risikofreie Behandlung ist die gewissenhafte Beantwortung der Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand von besonderer Bedeutung. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der Schweigepflicht des Zahnarztes und seines Teams. Vielen Dank für Ihre Mitarbeit.

### Patient

Name: \_\_\_\_\_  
Vorname: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
Geburtsort: \_\_\_\_\_  
Adresse: \_\_\_\_\_  
E-Mail privat: \_\_\_\_\_

### Wer ist Hauptversicherter?

Name: \_\_\_\_\_  
Vorname: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

### Telefonnummern

Privat: \_\_\_\_\_  
Mobil: \_\_\_\_\_  
Geschäftlich: \_\_\_\_\_  
Beruf: \_\_\_\_\_  
Arbeitgeber: \_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_  
ja  nein  Pflegestufe: \_\_\_\_\_  
ja  nein  Zusatzversicherung?  
ja  nein  Pflichtversichert?  
ja  nein  Besitzen Sie ein Bonusheft?

ja  nein  Sind Sie Beihilfeberechtigter des öffentlichen Dienstes?

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? \_\_\_\_\_

### Bestehen gesundheitliche Risiken?

- ja  nein  Leiden Sie an einer Allergie? Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_
- ja  nein  Haben Sie eine Magen-/Darmerkrankung?
- ja  nein  Haben Sie eine Herz-/Kreislaufkrankung?
- ja  nein  Haben Sie einen Herzschrittmacher?
- ja  nein  Hatten Sie einen Schlaganfall oder Herzinfarkt? Wenn ja, wann? \_\_\_\_\_
- ja  nein  Haben Sie Gerinnungsstörungen? Wenn ja, welche: \_\_\_\_\_
- ja  nein  Haben Sie einen hohen Blutdruck?
- ja  nein  niedrigen Blutdruck?
- ja  nein  Haben Sie Diabetes?
- ja  nein  Nehmen Sie Bisphosphonate z.B. zur Behandlung von Osteoporose ein?
- ja  nein  Liegt bei Ihnen eine Schilddrüsenerkrankung vor?
- ja  nein  Leiden Sie an einer Infektionskrankheit?  
HIV  Hepatitis B  Hepatitis C
- ja  nein  Leiden Sie an Epilepsie?

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

ja  nein  Haben Sie eine Nierenerkrankung?  
ja  nein  Leiden Sie unter Migräne?  
ja  nein  Haben Sie grünen Star?  
ja  nein  Haben oder hatten Sie eine Krebserkrankung? Wenn ja, wann? \_\_\_\_\_  
ja  nein  Sind Sie schwanger?  
Wenn ja, in welcher Woche? \_\_\_\_\_  
ja  nein  Rauchen Sie?

### Was ist der Grund für Ihren Besuch bei uns?

ja  nein  Eine zahnärztliche Kontrolluntersuchung?  
ja  nein  Eine zweite Meinung?  
ja  nein  Eine Überweisung? Wenn ja, von welcher Praxis? \_\_\_\_\_  
ja  nein  In welcher Zahnarztpraxis waren Sie zuvor? \_\_\_\_\_  
ja  nein  Wann war der letzte Zahnarztbesuch? \_\_\_\_\_  
ja  nein  Haben Sie Zahnschmerzen?  
ja  nein  Blutet Ihr Zahnfleisch?  
ja  nein  Zieht sich Ihr Zahnfleisch zurück?  
ja  nein  Haben Sie Geräusche im Kiefergelenk?  
ja  nein  Haben Sie Schmerzen im Kiefergelenk?  
ja  nein  Besitzen Sie einen Röntgenpass?  
ja  nein  Hatten Sie innerhalb der letzten zwei Jahre eine Röntgenuntersuchung?

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben.

\_\_\_\_\_  
**Ort, Datum**

\_\_\_\_\_  
**Unterschrift Patient**

## COVID-19-Fragebogen nach § 28 Abs. 3 Satz 8 IfSG

Die derzeitige Lage rund um das Coronavirus beschäftigt auch unsere Zahnarztpraxis. Wir setzen deshalb auf den Infektionsschutz, um Ihren Zahnarztbesuch so sicher und angenehm wie möglich zu gestalten. Als Zahnarztpraxis erheben wir zum Zwecke der Beurteilung der Gefährdungslage im Hinblick auf die Coronavirus-Krankheit-2019 (COVID-19) personenbezogene Daten – entsprechend den unten angegebenen Fragen zu Ihrem Impf- und Teststatus.

Die Daten dienen auch zur Vorbereitung der gesetzlich verpflichteten Berichterstattung nach § 28 Abs. 3 Satz 7 Infektionsschutzgesetz (IfSG) an die zuständige Infektionsschutzbehörde. Zur Erhebung der Daten sind wir nach § 28b Abs. 3 Satz 8, 9 IfSG gesetzlich berechtigt. Die erhobenen Daten werden spätestens am Ende des sechsten Monats nach ihrer Erhebung gelöscht; die Bestimmungen des allgemeinen Datenschutzrechts bleiben unberührt.

Weitere Informationen nach Art. 13, 14 DSGVO, insbesondere zu der Verarbeitung Ihrer Patientendaten sowie zu Ihren Datenschutzrechten, finden Sie in unseren Datenschutzzinformationen, die wir für Sie bereithalten. Sprechen Sie uns diesbezüglich gerne an. Unsere Datenschutzzinformationen finden Sie auch auf unserer Internetseite unter [www.dr-wegstein.de](http://www.dr-wegstein.de).

---

Name, Vorname des Patienten/der Patientin

---

Geburtsdatum

- |   |    |                       |      |                       |
|---|----|-----------------------|------|-----------------------|
| 1. Liegen Symptome einer COVID-19-Infektion vor?  | Ja | <input type="radio"/> | Nein | <input type="radio"/> |
| 2. Sind Sie vollständig geimpft?  | Ja | <input type="radio"/> | Nein | <input type="radio"/> |
| 3. Ist Ihre letzte Impfung länger als 6 Monate her?   | Ja | <input type="radio"/> | Nein | <input type="radio"/> |
| 4. Sind Sie genesen?  | Ja | <input type="radio"/> | Nein | <input type="radio"/> |
| 5. Ist Ihre Genesung länger als 6 Monate her?   | Ja | <input type="radio"/> | Nein | <input type="radio"/> |
| 6. Haben Sie eine Auffrischung (Booster) erhalten?  | Ja | <input type="radio"/> | Nein | <input type="radio"/> |
| 7. Verfügen Sie über einen aktuell gültigen Testnachweis, der nicht älter als 24 Stunden ist? | Ja | <input type="radio"/> | Nein | <input type="radio"/> |

---

Datum, Unterschrift

# PATIENTENINFORMATION ZUM DATENSCHUTZ ab 25.05.18

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

Praxisname: Gemeinschaftspraxis Dres. Wegstein

Adresse: Rathausstr. 9, 63579 Freigericht

Kontakt Daten: 06055-9380606 / info @dr-wegstein.de

Sie erreichen die zuständigen Datenschutzbeauftragte N. Morbitzer unter:

Name: Nastasia Morbitzer

Anschrift: Rathausstr. 9, 63579 Freigericht

## 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, Patientenfotos, Diagnosen, Therapieempfehlungen 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 berechnete 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.

## 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

---

Ort, Datum

Patientenname

Unterschrift