



## ZAHNARZTPRAXIS & ORALCHIRURGIE AM GEIERSBERG

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,  
wir bitten Sie höflichst darum, den nachfolgenden Fragebogen auszufüllen. Bei Fragen wenden Sie sich gerne vertrauensvoll an unser Personal bzw. Herrn Dr. Kirsten oder Herrn Herkt. Vielen Dank!

Name, Vorname des **Patienten** ..... Geburtsdatum ..... Krankenkasse .....

Name, Vorname des **Mitglieds** ..... Geburtsdatum ..... Telefon tagsüber ..... Mobil-Nr .....

Straße, Hausnummer ..... e-mail .....

PLZ, Ort ..... Beruf .....

Stimmt Ihre Adresse auf dem Bogen mit der auf der Versichertenkarte überein?  nein  ja

Haben Sie das **“Kostenerstattungsprinzip”** gewählt?  nein  ja

Hausarzt / Haus-Zahnarzt .....

Überweisender Arzt / Zahnarzt / Kieferorthopäde .....

**Werden Sie zur Zeit ärztlich/zahnärztlich behandelt?**  nein  ja

Behandelnder Arzt / Zahnarzt / Kieferorthopäde .....

Erkrankung / Verletzung .....

### Wichtige Fragen:

Auch Vorerkrankungen können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Daher bitten wir Sie, diesen Erhebungsbogen auszufüllen. Er wird Ihren persönlichen Unterlagen angefügt. Ihre Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

**Sind Sie frisch operiert?**  nein  ja

**Herzerkrankungen** (z.B. Insuffizienz, Arrhythmie)  nein  ja

Wenn ja, welche? .....

**Erkrankungen des Immunsystems**  nein  ja

**Chron. Erkrankungen der Atemwege**  nein  ja

Frauen im gebärfähigen Alter:  
Könnten Sie **schwanger** sein?  nein  ja

**Besteht eine Blutkrankheit**, haben Sie eine erhöhte Blutungsneigung (z.B. bei Verletzung oder Zahnbehandlung, häufiges Nasenbluten) oder entstehen leicht blaue Flecken)  nein  ja

Krankenkasse .....

Telefon tagsüber ..... Mobil-Nr .....

e-mail .....

Beruf .....

**Nehmen Sie Blutverdünner**  nein  ja

**Wie ist Ihr Blutdruck?**  normal  erhöht  erniedrigt

**Magen-Darm-Erkrankungen**  nein  ja

**Schilddrüsenstörung** (Kropf u.ä.)  nein  ja

**Zuckerkrankheit** (Diabetes)  nein  ja

**Sonstige Stoffwechselkrankheit** (z.B. Phenylketonurie)  nein  ja

**Chronische Erkrankungen** (z.B. des Nervensystems, wie Krampfanfälle/Epilepsie, Grüner Star,...)  nein  ja

Wenn ja, welche? .....

**Infektionskrankheiten** (z.B. Hepatitis, Tbc, HIV/Aids)  nein  ja

**Besteht eine Allergie** (z.B. Heuschnupfen) oder Überempfindlichkeit (z.B. gegen Pflaster, Latex, Medikamente [Antibiotika wie Penicillin], örtliche Betäubungsmittel, Jod, Kontrastmittel)?  nein  ja

Wenn ja, welche? .....

**Nehmen Sie Medikamente** (z.B. Marcumar®, Aspirin®, ASS®, Antibiotika, Cortison, Insulin, Bisphosphonate) oder homöopathische Präparate (z.B. Arnika, Bromelain) ein?  nein  ja

Wenn ja, welche? .....

**Rauchen** Sie?  nein  ja

Wenn ja, wie viel am Tag? .....

Trinken Sie regelmäßig **Alkohol**?  nein  ja

X

Datum ..... Unterschrift Patient bzw. gesetzl. Vertreter

### Allgemeines

Ich werde hiermit darauf aufmerksam gemacht, dass meine Verkehrstüchtigkeit im Strassenverkehr unter dem Einfluß von Injektionen zur lokalen Anästhesie, therapeutischen Injektionen sowie Medikamenten, die vor und während der Behandlung verabreicht werden, für 4 bis 6 Stunden beeinträchtigt sein kann. Ein selbständiges Fahren von Kraftfahrzeugen, Krafträdern und Fahrrädern muss während dieser Zeit unterbleiben.

Wir klären Sie im Einzelfall über die durchgeführte Behandlung auf und nehmen eine individuelle Aufklärung vor operativen Eingriffen vor. Bitte haben Sie Verständnis dafür, wenn chirurgische Eingriffe (z.B. komplizierte Zahntentfernungen / Wurzelspitzenresektionen, etc.) nicht am Tage Ihres ersten Besuches in unserer Praxis oder am Tage Ihrer Einwilligung vorgenommen werden können.

**Dies hat wichtige organisatorische und hygienische Gründe.**

Bei akuten Schmerzen oder besonderen individuellen Situationen treffen wir natürlich sorgsam die jeweilige Entscheidung zur sofortigen Therapie.

Ort /Datum

Unterschrift Patient/-in bzw. gesetzliche /-r Vertreter/-in

### Zuzahlung bei Leistungen außerhalb des Leistungskataloges der gesetzlichen Krankenkassen

Als gesetzlich versicherte/r Patient/in haben Sie Anspruch auf eine „ausreichende, zweckmäßige und „wirtschaftliche“ Behandlung. Insbesondere in der Zahnmedizin existiert eine Vielzahl an Behandlungsmethoden, die aber über diese von den Krankenkassen definierten Rahmenbedingungen hinausgehen. Als Beispiel sei nur das Legen von zahnfarbenen Füllungen im Seitenzahnbereich anstelle von Amalgam genannt. Auch die (extrem sinnvolle und auch notwendige) professionelle Zahnreinigung ist ein Beispiel hierfür. Auch Zahnimplantate sind nur in wenigen Ausnahmefällen (z.B. Tumorerkrankung) Kassenleistung.

**Über alle diese Leistungen, die nicht im Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen enthalten sind, die wir bei Ihnen anwenden, werden wir sie selbstverständlich aufklären.**

Bei Leistungen bis zu einem Betrag von 100€ (z.B. PZR, die meisten zahnfarbenen Füllungen, etc.) klären wir Sie **wie bisher mündlich** vor der Behandlung auf. Für alle anderen Leistungen oder je nach individuellem Wunsch erhalten Sie wie gewohnt auch weiterhin Ihren Heil- und Kostenplan.

Sollten Sie Fragen haben, zögern Sie nicht, uns anzusprechen. Insbesondere in Zeiten einer immer restriktiveren Gesundheitspolitik besprechen wir diese Dinge gerne mit Ihnen.

Ort /Datum

Unterschrift Patient/-in bzw. gesetzliche /-r Vertreter/-in

### Eine Bitte noch „in eigener Sache“

Falls Sie einen vereinbarten Termin nicht wahrnehmen können, bitten wir Sie höflich darum, diesen rechtzeitig telefonisch abzusagen bzw. zu verschieben. Andere Patienten, die dann eventuell früher einen Termin bekommen, werden Ihnen dankbar sein. Auch organisatorisch ist eine rechtzeitige Meldung für uns sehr wichtig. Vielen Dank!

## Datenschutzerklärung

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

ab 25.05.2018 tritt die neue Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) in Kraft. Bitte haben Sie Verständnis dafür, dass wir auch diese „neue“ gesetzliche Vorschrift in unserer Praxis umsetzen und hierfür Ihre Einwilligung schriftlich einholen müssen.

Im Rahmen Ihrer Behandlung müssen wir Daten zu Ihrer Person, Ihrem Versicherungsstatus und zu Ihrem Gesundheitszustand erheben.

Selbstverständlich werden diese Informationen **-wie bisher-** durch unsere Praxis mit der größtmöglichen Sorgfalt verwaltet. Um Ihnen einen Überblick über die zu Ihnen geführten Daten und den Datenschutz der Praxis zu geben, anbei die folgenden Informationen:

### 1. Wer ist in unserer Praxis für den Datenschutz verantwortlich?

In unserer Praxis ist für den Datenschutz verantwortlich und steht Ihnen bei Fragen zur Verfügung:

Praxisinhaber	Dr. med. dent. Bernhard Kirsten Zahnarzt, Oralchirurg
Praxisadresse	Geiersberg 21, 35578 Wetzlar
Telefon	06441 48852
E-Mail	<a href="mailto:info@zahnarzt-geiersberg.de">info@zahnarzt-geiersberg.de</a>

### 2. Welche personenbezogenen Daten erheben wir?

Wir erheben, speichern, nutzen, übermitteln oder löschen folgende personenbezogene Daten:

- Interessenten und Patienten unserer Praxis, die natürliche Personen sind
- Allen anderen natürlichen Personen, die in Kontakt mit unserer Praxis stehen (z.B. Bevollmächtigte von Patienten, Erziehungsberechtigte von Patienten, Mitarbeiter juristischer Personen, Besucher unserer Internetseite)
- Personenbezogenen Daten von Ihnen werden von uns erhoben, wenn Sie mit uns z.B. per E-Mail oder Telefon in Kontakt treten und einen Behandlungstermin ausmachen wollen. Erscheinen Sie zur Behandlung in unserer Praxis, werden von uns Daten zu Ihrem Versicherungsstatus sowie zum Gesundheitszustand und der durchgeführten Therapie erhoben. Dabei handelt es sich um besonders sensible Daten. Im weiteren werden Daten zur Abrechnung der erbrachten Leistungen verarbeitet.

Folgende persönliche Daten verarbeiten wir:

- Persönliche Angaben (z.B. Vor- und Nachnamen, Adresse, Geburtsdatum und -ort, E-Mail-Adresse, Telefonnummer, Versicherungsstatus);
- Gesundheitsdaten (Anamnese, Befunde, Therapie) Angaben zu Kindern erheben wir nur dann, wenn diese durch die Erziehungsberechtigten in unserer Praxis als Patient vorgestellt werden.

### 3. Wer erhält ggf. Ihre personenbezogenen Daten übermittelt ?

Im Falle der Abrechnung Ihrer Behandlung erhält Ihre gesetzliche Krankenkasse und die zuständige Kassenzahnärztliche Vereinigung die erforderlichen Behandlungsdaten. Sind Sie privat versichert, erhält Ihre Privatkasse nur dann Daten, wenn Sie uns ausdrücklich dazu auffordern, Ihre Daten an die Krankenkasse zu übermitteln.

Aufgrund gesetzlicher Prüfpflichten kann der Zahnarzt verpflichtet sein, Röntgenbilder zur Prüfung durch die zuständige Behörde an die Zahnärztliche Stelle Röntgen zu übersenden. Im Falle der gemeinsamen Behandlung mit anderen (zahn)-ärztlichen Kollegen oder Physiotherapeuten werden ggf. Ihre Behandlungsdaten und/oder Röntgenbilder übermittelt. Im Falle der Anfertigung von Zahnersatz müssen wir ebenfalls Patienten- und Gesundheitsdaten (z.B. Zahnstatus) an Dentallaboratorien ausschließlich in Deutschland weitergeben.

#### **4. Welchem Zweck dienen Ihre Daten und mit welcher Rechtfertigung?**

Wollen Sie per E-Mail oder über unser Kontaktformular einen Behandlungstermin vereinbaren oder eine Frage an uns richten, werden die von Ihnen mitgeteilten Daten (Ihre E-Mail-Adresse, ggf. Ihr Name und Ihre Telefonnummer) von uns gespeichert, um Ihnen einen Behandlungstermin zuweisen oder die Anfrage beantworten zu können. Die in diesem Zusammenhang anfallenden Daten löschen wir, nachdem die Speicherung nicht mehr erforderlich ist, oder schränken die Verarbeitung ein, falls gesetzliche Aufbewahrungspflichten bestehen (Rechtsgrundlage ist Art. 6 Abs. 1 S. 1 lit. b DSGVO).

Um Sie im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung bzw. eines privat Zahnärztlichen Behandlungsverhältnisses zu behandeln und diese Leistungen gegenüber der Kassenzahnärztlichen Vereinigung bzw. Ihnen als Privatpatienten abrechnen zu können, müssen wir Ihre persönlichen Daten und Gesundheitsdaten verarbeiten.

Rechtsgrundlage dieser Datenverarbeitung ist damit die Verarbeitung von Daten für den Zweck der Erfüllung praxiseigener Behandlungsverträge bzw. zur Durchführung vorvertraglicher Maßnahmen für diese Behandlungsverträge (Art. 6 Abs. 1 lit. b DSGVO), die Wahrnehmung gesetzlicher Dokumentationspflichtungen (Art. 6 Abs. 1 lit. c DSGVO) und im Rahmen der Forderungsdurchsetzung (Art. 6 Abs. 1 lit. f DSGVO). Ihre im Zusammenhang mit dem Behandlungsverhältnis verarbeiteten Daten speichern wir gemäß der gesetzlichen Vorgaben aus dem Patientenrechtegesetz (BGB) und der Berufsordnung sowie der Abgabeordnung (Steuer) für mindestens 10 Jahre. Das Erhalten von Beweismitteln für rechtliche Auseinandersetzungen im Rahmen der gesetzlichen Verjährungsvorschriften kann aufgrund der zivilrechtlichen Verjährungsfristen von bis zu 30 Jahre, wobei die regelmäßige Verjährungsfrist drei Jahre beträgt, eine über 10 Jahre hinausgehende Aufbewahrung nach sich ziehen.

Wir bieten Ihnen an, an unserem regelmäßigen Recall-Service (Erinnerung an Vorsorge-Untersuchungen) teilzunehmen. Hierzu gestatten Sie uns am Ende dieses Formulars die Speicherung Ihrer Daten, um Sie zu kontaktieren.

In unserer Praxis werden Sie aus dem Wartezimmer namentlich, auch im Beisein Dritter, aufgerufen.

#### **5. Welche Rechte haben Sie im Zusammenhang mit dem Datenschutz? Dürfen wir diese nutzen?**

Sie haben gegenüber uns folgende Rechte hinsichtlich der Sie betreffenden personenbezogenen Daten:

- Recht auf Auskunft,
- Recht auf Berichtigung oder Löschung,
- Recht auf Einschränkung der Verarbeitung,
- Recht auf Widerspruch gegen die Verarbeitung,
- Recht auf Datenübertragbarkeit.

#### **6. Wie können Sie sich ggf. beschweren?**

Sie haben die Möglichkeit, sich über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten durch uns zu beschweren:

Hessischen Datenschutzbeauftragter  
Prof. Dr. Michael Ronellenfitsch  
Postfach 31 63  
65021 Wiesbaden

**Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung**

Patient/in:

Name, Vorname, Geb.-Datum : \_\_\_\_\_

Adresse (Straße, PLZ, Ort): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ich stimme hiermit der Speicherung meiner personenbezogenen Daten für den Zweck

*der oben erläuterten Punkte 1-6, sprich der Behandlung in der Zahnarztpraxis*

durch die Praxis zu.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder durch E-Mail an die Praxis widerrufen kann (Art. 7 Abs. 3 DSGVO).

Mir ist bekannt, dass mein jederzeit möglicher Widerruf der Einwilligung die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt (Art. 7 Abs. 3 Satz 2 DSGVO).

\_\_\_\_\_  
Ort /Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient/-in bzw. gesetzliche /-r Vertreter/-in

## Informationen zu Ihrer Rechnung

Liebe Patientin, lieber Patient,

das Wichtigste für Ihren Behandlungserfolg ist, dass wir uns zu 100 Prozent auf Sie konzentrieren können. Um hierfür möglichst viel Zeit zu haben, übertragen wir die Abrechnung der ZA zahnärztliche Abrechnungsgesellschaft AG. Die Rechnungsstellung über die ZA ist für Sie selbstverständlich kostenlos.

Die ZA gewährleistet die korrekte Bearbeitung der von uns vorgegebenen Rechnungen. Aufgrund jahrzehntelanger Erfahrung in der Abrechnung entlastet uns die ZA deutlich bei unseren Verwaltungstätigkeiten. Die eingesparte Zeit kommt somit voll und ganz Ihnen zugute.

Für Ihre Fragen zur Abrechnung stehen Ihnen die kompetenten Mitarbeiter der ZA gerne zur Verfügung. Insbesondere helfen Ihnen die Experten bei der Durchsetzung

Ihrer Erstattungsansprüche gegenüber Krankenkassen oder anderen Kostenträgern.

### **Zusätzlich bietet Ihnen die ZA an, Ihre Rechnung in Teilzahlungen zu begleichen.**

Nach geltender Rechtslage ist es erforderlich, dass Sie uns Ihr Einverständnis mit diesem Abrechnungsweg schriftlich erklären. Daher bitten wir Sie um Ihre Zustimmung. Bitte unterschreiben Sie hierzu die Erklärung auf dem entsprechenden Formular.

Selbstverständlich ist die ZA zur absoluten Verschwiegenheit verpflichtet.

Die rechnungsbezogenen Daten werden aufgrund steuer- und handelsrechtlicher Vorschriften zehn Jahre aufbewahrt.

**Herzlichen Dank für Ihr Vertrauen.**

**Dr. B. Kirsten und W. Herkt**

Kontaktdaten für Ihre Fragen:



Zahnärztliche  
Abrechnungsgesellschaft AG  
<http://www.za-abrechnung.de>

Wertstr. 21  
40549 Düsseldorf  
Deutschland  
Tel: 0211 56 93 - 0  
Fax: 0211 50 33 - 71