



Praxis für Prophylaxe
und Zahnerhaltung

Großkopf

INFORMATIONEN ZUR ERHEBUNG PERSONENBEZOGENER DATEN

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Name:.....

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 Jörg Großkopf, erreichbar unter der Praxisanschrift Bornheimer Straße 156, 53119 Bonn, E-Mail info@zahnarzt-grosskopf.de, Tel.-Nr. 0228-663194.

Unseren Datenschutzbeauftragten Herrn Peter Daubenbüchel erreichen Sie unter den gleichen Kontaktdaten.

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 oder Sie in die Weitergabe eingewilligt haben. Die Weitergabe erfolgt nur in dem notwendigen oder von Ihnen bewilligten Umfang.

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 Nordrhein-Westfalen zu.

Ihre Praxis Jörg Großkopf

Datum:.....

Unterschrift:.....



Praxis für Prophylaxe
und Zahnerhaltung

Großkopf

HERZLICH WILLKOMMEN

in der Zahnarztpraxis Jörg Großkopf und Kai Siodla

Bevor wir uns in Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, bitten wir um einige Angaben, die der ärztlichen Schweigepflicht unterliegen.

Ihr Name.....

Vorname.....

geb.....

Telefon privat.....

mobil.....

dienstl.....

Anschrift.....

Email Adresse.....

Beruf.....

Arbeitgeber.....

WAS FÜHRT SIE IN UNSERE PRAXIS? Zutreffendes bitte ankreuzen

Zahnschmerzen

Zahnfleischbluten

Mundgeruch

Sonstiges:.....

bitte Folgeseiten beachten!



WAS IST IHNEN WICHTIG?

Was sollen wir bei Ihrer Behandlung besonders berücksichtigen?

.....
.....

Was haben Sie bisher beim Zahnarztbesuch am meisten vermisst?

.....
.....

Wünschen Sie

- eine langfristige Sanierung Ihrer Zähne?

- nur eine Schmerzbehandlung?

Durch wen sind Sie auf uns aufmerksam geworden?.....

ÜBER WELCHES THEMA MÖCHTEN SIE INFORMIERT WERDEN?

- Prophylaxe / Professionelle Zahnreinigung
- Zahnkosmetik / Ihr Lächeln
- Zahnfarbene Keramikfüllungen
- Implantatversorgung

Sonstiges.....

WIE SIND SIE VERSICHERT?

Privat versichert Beihilfeberechtigt Basistarif privat

Gesetzlich versichert Zusatzversicherung

Unsere Praxis wird nach dem Bestellsystem geführt. Das bringt Ihnen Vorteile. Sie haben keine oder nur sehr geringe Wartezeiten, sie werden in Ruhe und gezielt behandelt, denn wir haben Zeit für Sie reserviert. Deshalb bitten wir Sie, vereinbarte Termine nur im Notfall oder mind. 48 Stunden vorher abzusagen. Sollten Sie trotzdem nicht erscheinen, behalten wir uns vor, ein Ausfallhonorar von 200Euro/Stunde in Rechnung zu stellen. Bitte teilen Sie uns Änderungen dieser Angaben vor einer Behandlung mit. Vielen Dank für Ihre Mithilfe.

Datum.....

Unterschrift.....



IHR GESUNDHEITSCHECK

IHREN NAMEN BITTE:.....

Zutreffendes bitte ankreuzen!

ja nein

Herz- Kreislauf Erkrankungen (Herzschrittmacher, künstl. Herzklappe,
Schlaganfall)

Wenn ja, welche?.....

Benötigen Sie eine antibiotische Abschirmung? (Endokarditis-Prophylaxe)

Stoffwechselerkrankungen
(Diabetes, Schilddrüsenerkrankungen, Hashimoto, Sonstige)

Wenn ja, welche?.....

Allergien z.b. Antibiotika, Schmerz- oder Anästhesiemittel, Sonstige

Wenn ja, welche?.....

Haben Sie in den letzten 6 Monaten ein neues Knie- oder Hüftgelenk
bekommen?

Sind Sie in Chemotherapie?

Sind Sie Raucher?

Haben Sie eine Infektionskrankheit (HIV, Hepatitis, Tuberkulose, Sonstige)

Wenn ja, welche?.....

Sonstige Erkrankungen?

Wenn ja, welche?.....



ja nein

Nehmen Sie Medikamente ein? ja nein
Herzmedikamente:
Schmerzmittel:
Blutverdünner: ASS, Heparin, Marcumar, Xarelto
Sonstige Medikamente:
.....

Für weibliche Patienten: Sind Sie schwanger? Ja Nein

Ich bin damit einverstanden meine Rechnungen oder Kostenvoranschläge
auf Wunsch per Mail zu erhalten. Die Mail wird unverschlüsselt verschickt. ja nein

Ich möchte 2 x im Jahr an meine Vorsorge erinnert werden! ja nein

Ich bin damit einverstanden, dass mein Name, meine Tel.-Nr. und meine
Mailadresse an die Fa. Telemed zwecks Terminerinnerung per SMS
oder E - Mail weitergeleitet werden darf. ja nein

Die Einverständniserklärungen können von mir jederzeit schriftlich widerrufen
werden.

**Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.
Wir möchten Sie bitten, uns über jede Änderung Ihres Gesundheitsstatus
bzw. Ihrer Medikamenteneinnahme vor Beginn der Behandlung zu
informieren.**

**"Die Informationen zur Erhebung personenbezogener Daten" sind in der Praxis
einsehbar.**

Vielen Dank für Ihre Mithilfe.

Ihr Praxisteam

Datum..... Unterschrift.....