

ALLGEMEINER ANAMNESEBOGEN

DATENSCHUTZ-VERORDNUNG

PATIENTENANGABEN:

Herr/Frau Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Beruf: _____

Straße, Hausnummer: _____

Postleitzahl, Wohnort: _____

Tel. Privat: _____ Tel. Mobil: _____

E-Mail: _____

VERSICHERUNGSANGABEN:

Privatversicherung: _____ Tarif: _____

Private Zusatzversicherung: Ja ___ Nein ___ Beihilfeberechtigt: Ja ___ Nein ___

GESUNDHEITSPRAGEN:

Allergien Ja ___ Nein ___ Wenn ja, welche? _____

Herzerkrankungen:

Herzinfarkt Ja ___ Nein ___ Wenn ja, wann? _____

Herzfehler Ja ___ Nein ___ Wenn ja, welcher? _____

Endokarditis Ja ___ Nein ___

Herzoperationen Ja ___ Nein ___ Wenn ja, welche? _____

Herzschrittmacher? Ja ___ Nein ___ Rhythmusstörungen Ja ___ Nein ___

Verengung der Herzkranzgefäße Ja ___ Nein ___ Besitzen sie einen Herzpass? Ja ___ Nein ___

Kreislaufkrankungen

Hoher Blutdruck: Ja ___ Nein ___ Niedriger Blutdruck: Ja ___ Nein ___

Durchblutungsstörungen Ja ___ Nein ___ Schlaganfall Ja ___ Nein ___

Augenerkrankungen:

Grüner Star Ja ___ Nein ___

Lungenerkrankungen:

Asthma/ Lungenerkrankungen: Ja ___ Nein ___

Chronische Atemwegserkrankung Ja ___ Nein ___

Stoffwechselerkrankungen

Diabetes: Ja ___ Nein ___

Infektionskrankheiten

Hepatitis / HIV / TBC / AIDS: Ja ___ Nein ___ Wenn ja welche? _____

BITTE WENDEN →

ALLGEMEINER ANAMNESEBOGEN

DATENSCHUTZ-VERORDNUNG

Anfallsleiden (z.B. Epilepsie?) Ja ___ Nein ___

Nierenerkrankungen Ja ___ Nein ___ Sind sie Dialysepflichtig? Ja ___ Nein ___

Lebererkrankungen

Leberzirrhose Ja ___ Nein ___

Wurden Ihnen Organe transplantiert? Ja ___ Nein ___

Wenn ja welche? _____

Bewegungsapparat

Osteoporose Ja ___ Nein ___

Wenn ja, welche Medikamente nehmen Sie? _____

Nehmen Sie **Bisphosphonate** ? Ja ___ Nein ___

Bluterkrankungen:

Blutungsneigung/Hämophilie: Ja ___ Nein ___

Nehmen Sie blutverdünnende/ gerinnungshemmende Medikamente ein, wenn ja welche ?

Sind sie **schwanger**? Ja ___ Nein ___ Wenn ja, in welcher Woche ? _____

Rauchen Sie? Ja ___ Nein ___ Wenn ja , wieviel? _____

Nehmen sie derzeit **regelmäßig Medikamente** ein? Ja ___ Nein ___

Wenn ja, welche? _____

Zahn-/ Mundsituation:

Zahnfleischbluten/ -rückgang: Ja ___ Nein ___

Kiefergelenksbeschwerden: Ja ___ Nein ___

Sind sie zufrieden mit Form/ Farbe / Stellung ihrer Zähne? Ja ___ Nein ___

Sonstige Beschwerden: _____

Wer ist ihr Hausarzt? _____

Dürfen wir Sie per SMS / WhatsApp / Anruf an Ihre Termine erinnern? Ja ___ Nein ___

Ort, Datum

Unterschrift

Informationen zu Datenschutz und zur Daten- Sicherheit in der Praxis

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

am 25.Mai 2018 sind die Europäische Datenschutzgrundverordnung und das neue Bundesdatenschutzgesetz in Kraft getreten. Der Schutz der persönlichen Daten von EU-Bürgern wird dadurch gestärkt.

Als Ihre Zahnarztpraxis legen wir seit jeher besonderen Wert auf die Sicherheit Ihrer persönlichen Daten, die wir im Rahmen Ihrer Behandlung erheben. Die europäische Datenschutzvorschrift verpflichtet uns dennoch, Sie darüber zu informieren, welche Ihrer Daten wir zu welchem Zweck erheben, speichern und weitergeben.

Auf welcher Grundlage erheben wir Daten?

Die Datenverarbeitung erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben, um den Behandlungsvertrag zwischen Ihnen und uns zu erfüllen, oder weil Sie der Datenverarbeitung eingewilligt haben. Die Rechtsgrundlage der Verarbeitung Ihrer Daten sind zum Beispiel die europäische Datenschutzgrundverordnung, das Bundesdatenschutzgesetz und das Sozialgesetzbuch.

Welche Daten nehmen wir auf?

Beim ersten Kontakt im Quartal wird Ihre elektronische Gesundheitskarte (eGK) in unser elektronisches Praxisverwaltungssystem (PVS) eingelesen. Dabei werden folgende personenbezogene Daten erhoben:

- Name
- Geburtsdatum und Geschlecht
- Anschrift
- Krankenkasse/ Kostenträger/ Versicherungsnummer und Versichertenstatus (zum Beispiel Mitglieds-, Familienversicherter, Rentner etc.)

Im Rahmen der Behandlung erheben wir bei Ihnen Befunde und Diagnosen, planen Therapien, erstellen gegebenenfalls Heil- und Kostenpläne oder Arztbriefe und füllen rechtlich vorgegebene Musterformulare für Rezepte, Heilmittel, Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen etc. aus. Dies alles muss überprüfbar patientenbezogen in unserem PVS gespeichert werden.

Warum erheben wir diese Daten und was geschieht damit?

Wir benötigen Ihre Gesundheitsdaten, um sie für die Kassenzahnärztliche Vereinigung Rheinland-Pfalz, für Ihre Krankenkasse/ Ihre Kostenträger oder für weiterbehandelnde Zahnärzte oder Ärzte nachprüfbar behandeln zu können. Auch alle Verordnungen/ Rezepte sind patientengebunden und benötigen Name, Anschrift, Kostenträger und Versicherungsnummer- Haben wir diese Daten nicht, können wir Ihnen zum Beispiel kein Rezept für ein Schmerzmedikament ausstellen oder einen Heil- und Kostenplan erstellen. Die Datenerhebung ist daher für eine sorgfältige Behandlung zwingend erforderlich.

Ihre Daten werden auf unserem Server passwortgeschützt gespeichert. Zugang zu diesen Daten haben nur autorisierte Praxismitarbeiter. Ihre Daten werden nach den jeweiligen gesetzlich vorgeschriebenen Fristen aufbewahrt. Gegebenenfalls kann eine längere Aufbewahrung erforderlich sein. Eine Übersicht der gesetzlichen Aufbewahrungsfristen finden sie auf der Internetseite <https://www.kzv-rheinlandpfalz.de/praxis/dsgvo/informationspflichten-der-praxis.de>

Wem übermitteln wir die Daten?

- Die Kassenzahnärztliche Vereinigung Rheinland-Pfalz (Körperschaft des öffentlichen Rechts) erhält die Daten zur Abrechnung mit ihrer Krankenkasse und zur Prüfung auf Korrektheit.
- Ihre Krankenkasse oder ein andere Kostenträger des gesetzlichen Versicherungssystems (zum Beispiel die Landesunfallkasse) bekommt die für die Abrechnung relevanten Daten.
- Zahntechnische Labore erhalten Daten, die für die Herstellung von Zahnersetz etc. notwendig sind (zum Beispiel Name, Versicherungsstatus, Therapieplanung).

ALLGEMEINER ANAMNESEBOGEN

DATENSCHUTZ- VERORDNUNG

- Vertragszahnärztliche Gutachter und der medizinische Dienst der Krankenkassen erhalten Ihre Daten (Name, Befund- und Therapieplanung etc.), die im Auftrag Ihrer Krankenkassen ein Gutachten erstellen sollen.
- Auf Verlangen der Prüfstelle müssen im Rahmen einer gesetzlich vorgeschriebenen Wirtschaftlichkeitsprüfung Abrechnungsdaten übermittelt werden.
- Laborärzte, bzw. Pathologen erhalten Daten, sofern eine entsprechende Diagnostik für die Behandlung erforderlich ist (zum Beispiel einer Mundschleimhautrekrankung).
- Zur Wahrnehmung berechtigter Interessen der Zahnarztpraxis kann eine Datenweitergabe erfordern.
- Andere Ärzte, Versicherungen, Private Abrechnungsstellen und andere Institutionen erhalten nur mit separater Einwilligung durch Sie die für den jeweiligen Fall notwendigen Daten.

Rechte im Zusammenhang mit dem Datenschutz

Sie haben gegenüber uns folgende Rechte hinsichtlich der Sie betreffenden Daten

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

Kontaktdaten

Sollten sie Fragen zum Datenschutz in unserer Praxis haben, hilft Ihnen unser Datenschutzbeauftragter gern weiter. Sie erreichen ihn unter

Zahnarztpraxis Dr. Sander
Gutenbergstraße 1
67344 Neustadt / Weinstraße
06321 / 7322

Sie haben das Recht, sich bei Fragen rund um den Datenschutz oder mit Beschwerden an die rheinland-pfälzische Datenschutzbehörde zu wenden.

Diese lautet:

Landesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit
Rheinland-Pfalz
Postfach 3040
55020 Mainz
Telefon: 06131 / 208 244 9
Telefax: 06131 / 208 249 7
E-Mail: poststelle@datenschutz.rlp.de
www.datenschutz.rlp.de

Patientenerklärung

Ich habe diese Datenschutzerklärung gelesen und zur Kenntnis genommen.

Datum, Ort

Name, Vorname

Unterschrift