



Paroimplantologie®
Dres. Kallweit MVZ

Уважаемый пациент / пациентка,

Прежде чем мы сможем удовлетворить ваши стоматологические пожелания, нам необходимы ваши личные данные и информация о вашем общем состоянии здоровья, чтобы мы могли соответствующим образом адаптировать наше лечение. Поэтому, пожалуйста, внимательно заполните следующую анкету. Вся информация является предметом врачебной тайны и будет рассматриваться строго конфиденциально.

Ваши ответы на следующие вопросы о здоровье помогут нам **оценить состояние вашего здоровья, спланировать индивидуальное лечение и избежать непредвиденных ситуаций**. Письменные ответы или заполнение вами этого бланка истории болезни являются добровольными, но **общие ответы на вопросы о здоровье - нет**. Использование листа записи для стандартного, упорядоченного и эффективного ведения истории болезни - это процедура, проверенная десятилетиями. Если вы не хотите заполнять анкету, мы, конечно, продолжим лечение при условии, что вы ответите на все вопросы анкеты в ходе личной консультации; ответы будут занесены в вашу карту пациента одним из наших сотрудников. **Мы хотели бы отметить, что лечение в нашей стоматологической клинике невозможно без ответов на вопросы о здоровье.**

Ответить на вопросы о состоянии здоровья один раз перед первой процедурой в нашей клинике необходимо, но недостаточно для последующих процедур. **Пожалуйста, сообщайте нам о любых изменениях в состоянии вашего здоровья перед каждым лечением без лишних вопросов.** В качестве напоминания мы будем просить вас раз в год заполнять регистрационную форму и указывать любые изменения.

Чтобы сэкономить время ожидания и обеспечить беспрепятственный процесс в нашей клинике, время приема в нашей клинике зарезервировано исключительно для вашего лечения. **Если вы не можете прийти на прием, мы настоятельно просим вас заблаговременно, не менее чем за 24 часа до начала приема, сообщить нам об этом, чтобы, по возможности, перераспределить время приема.**

Пациент / пациентка (Patient)

Фамилия (Name) _____ Имя (Vorname) _____ Дата рождения. (Geb.-Datum) _____

Улица (Straße) _____ Номер дома (Hausnummer) _____ Индекс / Место жительства (PLZ/Ort) _____

Телефон/Мобильный/Эл. почта (Tel./ Mobil/ E-Mail) _____

О обязательное страхование (GKV) _____ О частное страхование (PKV) _____
О дополнительное страхование (Zusatz) _____ О освобождение от оплаты (с подтверждением) (Geb.befr.) _____

Законный опекун/законный представитель (Erziehungsberechtigter/ Gesetzlicher Vertreter)

Фамилия (Name) _____ Имя (Vorname) _____ Дата рождения. (Geb.-Datum) _____

Улица (Straße) _____ Номер дома (Hausnummer) _____ Индекс / Место жительства (PLZ/Ort) _____

Телефон/Мобильный/Эл. почта (Tel./ Mobil/ E-Mail) _____

При необходимости, пожалуйста, приложите к заявлению о приеме назначение опекуна/авторизацию.

Есть ли у вас уровень ухода? (Pflegegrad)	(ja) О да	(nein) О нет
Если да, какой? Пожалуйста, приложите подтверждение.	_____	
Есть ли у Вас удостоверение инвалида? Пожалуйста, подтверждение. (Schwerbehindertenausweis)	О да	О нет

Находитесь ли вы в настоящее время на этапе профессиональной реабилитации (в процессе возвращения к работе)? Пожалуйста, приложите подтверждающий документ. (Wiedereingliederung) (ja)
О да (nein)
О нет

Рентген (Röntgen)

Делали ли вам когда-нибудь рентген в области головы/челюсти? О да О нет
Если да, когда? (Röntgen im Kopf-/Kieferbereich)

Для пациенток: Вы беременны? (Schwangerschaft)

Если да, на каком месяце? О да О нет

Общая медицинская информация (Allg.-med. Auskunft)

Принимаете ли Вы регулярно лекарства? (Einnahme Medikamente) О да О нет
Если да, какие?

Принимаете ли вы препараты, разжижающие кровь (антикоагулянты)? О да О нет
Если да, какие? (Blutverdünner)

Есть ли у вас аллергия на некоторые лекарства или другие вещества? О да О нет
Если да, какие? Пожалуйста, приложите паспорт аллергика (Allergien)

Страдаете ли вы или страдали от любого из следующих расстройств здоровья? (Erkrankungen)

Болезни сердца (например, инфаркт, стенокардия, сердечная недостаточность) (Herzerkrankungen) О да О нет
Если да, то какие

Есть ли у вас кардиостимулятор? (Herzschrittmacher) О да О нет

Есть ли у вас искусственный сердечный клапан? (künstliche Herzklappe) О да О нет

Болезни системы кровообращения (например, высокое или низкое кровяное давление, инсульт) (Kreislaufferkrankungen) О да О нет
Если да, то какие?

Нарушения обмена веществ (например, диабет, заболевания щитовидной железы) (Stoffwechselstörungen) О да О нет
Если да, то какие?

Респираторные заболевания (например, нейродермит, сенная лихорадка, астма) (Atemwegserkrankungen) О да О нет
Если да, то какие?

Болезни мозга и нервов (например, судороги, мигрени, депрессия) О да О нет
Если да, то какие? (Gehirn-/Nervenerkrankung)

Заболевания опорно-двигательного аппарата (например, ревматизм, подагра) (Erkrankung Bewegungsapparat) О да О нет
Если да, то какие?

Заболевания почек / мочевого пузыря / печени / желудка / кишечника (например, почечная недостаточность, желтуха) О да О нет
Если да, то какие? (Erkr. Nieren/Blase/Leber/Magen/Darm)

Заболевание кроветворной системы (например, анемия, гемофилия) О да О нет
Если да, то какие? (Erkrankung blutbildendes System)

Заболевания глаз (например, катаракта, глаукома) (Augenerkrankungen) О да О нет
Если да, то какие?

Страдаете ли вы или страдали ли вы от следующих инфекционных заболеваний? (Infektionserkrankungen)

ВИЧ (СПИД) (HIV) О да О нет

Гепатит (Hepatitis) О да О нет

Ковид (SARS-CoV 2) О да О нет

Туберкулез (Tbc) (Tuberkulose) О да О нет

Болезнь Крейтцфельда — Якоба (CJ/vCJ) (Creutzfeld-Jacob) О да О нет

Золотистый стафилококк (MRSA) О да О нет

Краснуха, Свинка, корь, скарлатина (Röteln, Mumps, Masern, Scharlach) О да О нет

Прочие инфекционные заболевания (Sonstige)

	(ja)	(nein)
Употребляете ли вы регулярно алкоголь или наркотики ? (Alkohol/Drogen)	О да	О нет
Если да, какой / какие? _____		

Курите ли Вы? (Rauchen)	О да	О нет
Если да, сколько ежедневно? _____		

Стоматологическая информация (Zahnmed. Auskünfte)

Носите ли вы зубные протезы (например, коронки, мосты, протезы)	О да	О нет
---	------	-------

Если да, то сколько им лет? (Zahnersatz)	_____	
--	-------	--

Проходили ли вы пародонтологическое лечение? (Parodontalbehandlung)	О да	О нет
---	------	-------

Если да, когда? _____		
-----------------------	--	--

Испытываете ли вы боль или треск в челюстном суставе? (Kiefergelenke)	О да	О нет
---	------	-------

Страдаете ли вы от повышенной чувствительности зубов? (Überempfindlichkeit Zähne)	О да	О нет
--	------	-------

Есть ли у вас особые пожелания к лечению? (Behandlungswünsche)	О да	О нет
--	------	-------

Если да, какие? _____		
-----------------------	--	--

Какие темы вас интересуют: (Für welche Themen interessieren Sie sich?)

- ☐ Программа профилактики (Prophylaxe)
- ☐ Сохранение зубов (Zahnerhalt)
- ☐ Косметические стоматологические процедуры (Kosmetische Zahnbehandlung)
- ☐ Зубные протезы (Zahnersatz)
- ☐ Виниры, вкладки (Veneers, Inlays)
- ☐ Имплантаты (Implantate)
- ☐ Замена амальгамы (Amalgamaustausch)
- ☐ Пломбировочные материалы (Füllungsmaterialien)
- ☐ Другие темы, например (Sonstiges) _____

Как вы узнали о нас? (Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?)

- ☐ Социальные сети (Social Media)
- ☐ Doctolib
- ☐ Поиск в интернете (Internetsuche)
- ☐ Страховая компания (Krankenkasse)
- ☐ Направление от (Überweisung von) _____
- ☐ По совету от (Empfehlung von) _____
- ☐ Прочее, (Sonstiges) _____

Место, дата (Ort, Datum)

Подпись пациента/законного представителя (Unterschrift Patient/ Gesetzlicher Vertreter)

Мы обращаем ваше внимание на то, что ваша способность реагировать на дорожное движение может быть ограничена после стоматологического лечения или после местной анестезии и/или введения лекарств, и просим вас подтвердить эту информацию своей подписью.

Место, дата (Ort, Datum)

Подпись пациента/законного представителя (Unterschrift Patient/ Gesetzlicher Vertreter)

Настоящим я даю свое согласие на отправку информации, включая персональные данные, имеющие отношение к лечению, на указанный выше адрес электронной почты.

Я подтверждаю, что имею полный доступ к вышеуказанному адресу электронной почты. Я немедленно сообщу вам, если это изменится или если я захочу использовать другой адрес электронной почты.

Я проинформирован о том, что могу отозвать данное согласие в письменной или устной форме в любое время.

Место, дата (Ort, Datum)

Подпись пациента/законного представителя (Unterschrift Patient/ Gesetzlicher Vertreter)

Политика конфиденциальности (Datenschutzerklärung)

Уважаемый пациент / пациентка,

В рамках вашего лечения нам необходимо собрать данные о вас, вашем страховом статусе и состоянии вашего здоровья. Само собой разумеется, что эта информация обрабатывается в нашей клинике с максимальной осторожностью. Чтобы ознакомить вас с данными, которые мы храним о вас, и с политикой защиты данных в нашей клинике, прилагается следующая информация:

1. Кто отвечает за защиту данных в нашей стоматологической клинике?

В нашем учреждении есть ответственный за защиту данных, и он готов ответить на ваши вопросы:

Собственник	Orisus Zahnmedizin MVZ GmbH
Контактное лицо	Dr. med. dent. Susan Kallweit M.Sc. M.Sc. & Dr. med. dent. Mario B. Kallweit M.Sc. M.Sc.
Адрес учреждения	Auerbacher Str. 13, 08107 Kirchberg
Телефон	037602 - 647 38
Телефакс	037602 - 649 01
Эл. почта	praxis@zahnaerzte-kallweit.de

2. Кто назначен ответственным за защиту данных в нашей стоматологической клинике?

В нашем учреждении назначен ответственный за защиту данных:

Имя	OPTI Health consulting – Michéle Lindner
Адрес	Eckernförder Straße 42, 24398 Karby
Телефон	04644 – 95 89 00
Эл. почта	datenschutz@opti-hc.de

3. Цель и правовые основания обработки данных

Мы собираем и обрабатываем ваши личные данные как пациента нашей клиники в контексте приема, сбора анамнеза, диагностики, терапии, управления основными данными, выставления счетов за услуги и последующего обслуживания.

Для начала и продолжительности лечебных отношений мы должны собирать и обрабатывать различные данные о вас. В рамках договора о лечении мы собираем, в частности, ваши имя и фамилию, дату и место рождения, ваш адрес, контактные данные, такие как номер телефона и мобильного телефона, адрес электронной почты, ваш страховой статус, вашу профессию, а также информацию о состоянии вашего здоровья, диагнозах и методах лечения. Лечение невозможно без сбора и хранения ваших персональных данных.

Правовым основанием для такого рода обработки данных является, в частности, ст. 6 п. 1 а), b) Общего регламента ЕС по защите данных (GDPR). Обработка на основании законных интересов имеет место только в случае ст. 6 п. 1 f) GDPR.

4. Обмен данными с поставщиками услуг и другими получателями

Для выполнения наших договорных и юридических обязательств мы используем внешних поставщиков услуг, таких как зуботехническая лаборатория, биллинговая компания, налоговая консультация, юристы и компании по разработке программного обеспечения, которым мы передаем ваши персональные данные в случае необходимости.

Кроме того, мы или вышеупомянутые поставщики услуг могут передавать ваши персональные данные другим получателям, например, органам власти для выполнения установленных законом обязательств по отчетности (например, в рамках обязательного медицинского страхования, обязательного страхования от несчастных случаев, медицинской службы больничных касс или налоговых органов). Ваши данные будут переданы только в необходимом объеме или с вашего согласия.

5. Продолжительность хранения данных

Мы удаляем ваши персональные данные, как только они перестают быть необходимыми для вышеупомянутых целей. Личные данные могут храниться в течение срока, в течение которого могут быть предъявлены претензии к нашей клинике (в соответствии с установленными законом сроками исковой давности). Мы также храним ваши персональные данные постольку, поскольку обязаны делать это по закону. Соответствующие обязательства по предоставлению доказательств и хранению данных вытекают, в частности, из Закона о правах пациентов (BGB §630f абз. 3) и Постановления о рентгенографии (RöV §28 абз. 3), медицинских данных (например, истории болезни), Торгового кодекса Германии и Налогового кодекса Германии. Срок хранения данных составляет до 10 лет в соответствии с Гражданским, Торговым и Налоговым кодексами и до 30 лет в соответствии с Постановлением о рентгеновском обследовании.

6. Права субъектов данных

Вы можете запросить информацию о хранящихся о вас персональных данных по вышеуказанному адресу. Кроме того, при определенных условиях вы можете запросить исправление или удаление ваших данных. У вас может быть право на ограничение обработки ваших данных и право на получение предоставленных вами данных в структурированном, общепринятом и машиночитаемом формате.

Если вы дали отдельное согласие на обработку персональных данных, вы можете отозвать свое согласие в любое время. При отзыве согласия данные, обработанные до момента отзыва, остаются законно обработанными. Об отзыве согласия необходимо заявить в тот же офис, в который вы дали свое согласие.

У вас есть возможность подать жалобу ответственному за защиту данных в нашей клинике или в компетентный орган по надзору за данными.

7. Передача данных в третью страну

Если мы передаем личные данные поставщикам услуг за пределами Европейского союза, мы делаем это только в том случае, если третья страна подтверждена Комиссией ЕС как имеющая адекватный уровень защиты данных или если существуют другие соответствующие гарантии защиты данных (например, обязательные внутренние правила защиты данных или стандартные договорные положения ЕС)

Дата: (Datum)	Подпись: (Unterschrift)

Информация о защите данных на сайте Doctolib (Datenschutzinformation Doctolib)

Мы используем систему управления записью на прием Doctolib для оптимизации управления записью на прием. Doctolib предлагает нам современную календарную систему, с одной стороны, и нашим пациентам возможность записываться к нам на прием онлайн на сайте <https://www.doctolib.de/>, с другой стороны. Doctolib GmbH (Mehringdamm 51, 10961 Berlin) выступает в качестве процессора от нашего имени.

Мы используем программное обеспечение календаря Doctolib для всех наших пациентов (независимо от того, есть ли у пациента учетная запись пользователя Doctolib для онлайн-бронирования или нет) для стандартизированного ведения записей на прием. Doctolib обрабатывает все данные в соответствии со всеми применимыми правилами защиты данных и применяет самые высокие стандарты безопасности. Для записи на прием в календарь Doctolib вносятся следующие данные: фамилия, имя, дата рождения, адрес, номер телефона, адрес электронной почты, врач общей практики, статус медицинского страхования, направляющий врач, причина визита и история приема.

Ваши данные будут собираться для целей управления назначением встреч, как это было ранее. Правовым основанием для обработки ваших данных являются ст. 6 I b) GDPR (заказ на лечение, который вы даете нам), ст. 6 I a) GDPR (согласие на напоминание о приеме с помощью текстовых сообщений и электронной почты) и ст. 9 II h) GDPR (цели профилактического здравоохранения). Данные хранятся в течение 10 лет в соответствии с обязательствами по хранению в соответствии с профессиональным законодательством. Данные не будут передаваться Doctolib коммерческим провайдерам. Компания «Доктолиб» обязана соблюдать конфиденциальность в соответствии с §§ 203, 204 StGB. Освобождение от обязанности соблюдать конфиденциальность не требуется.

Чтобы свести к минимуму количество пропущенных встреч, мы хотели бы использовать систему календаря Doctolib, чтобы с вашего согласия напоминать вам о встрече через SMS и/или электронную почту. Если вы больше не хотите получать напоминания, пожалуйста, сообщите нам об этом в любое время, и мы отменим напоминания.

Особенности онлайн-бронирования

Для онлайн-бронирования приема требуется учетная запись пользователя Doctolib; действует [информация о защите данных Doctolib](#), размещенная на сайте doctolib.de. За создание учетной записи пользователя Doctolib отвечает Doctolib GmbH (Mehringdamm 51, 10961 Berlin).

Согласие на напоминания и напоминания о встрече по SMS и/или электронной почте

Чтобы свести к минимуму количество пропущенных встреч, мы хотели бы использовать систему календаря Doctolib, чтобы напомнить вам о встрече с помощью текстового сообщения и электронной почты по адресу. Пожалуйста, подтвердите своей подписью, что вы согласны с этим. Если вы больше не хотите получать напоминания на, пожалуйста, сообщите нам об этом в любое время, и мы снова отправим напоминания на

☐ Да, я хочу получать напоминание о встрече. ☐ Нет, я не хочу получать напоминание о встрече
(Terminerinnerungen) (Keine Terminerinnerungen)

Я хотел бы, чтобы мне напоминали об осмотрах и согласованных или необходимых по медицинским показаниям назначениях лечения и готов участвовать в системе повторной записи. Если я больше не желаю этого делать, я могу отозвать свое согласие в любое время.

☐ Да, я хочу получать напоминание ☐ Нет, я не хочу получать напоминание
(Recall) (Keinen Recall)

Место, дата (Ort, Datum)

Подпись пациента/законного представителя (Unterschrift Patient/ Gesetzlicher Vertreter)