



Paroimplantologie®

Dres. Kallweit MVZ

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

bevor wir uns Ihren zahnmedizinischen Wünschen widmen, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Angaben über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand, um unsere Behandlung darauf abstimmen zu können. Füllen Sie deshalb bitte nachstehenden Fragebogen sorgfältig aus. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und werden streng vertraulich behandelt.

Ihre Antworten auf die folgenden Gesundheitsfragen dienen uns zur **Einschätzung Ihres Gesundheitszustands**, zur **individuellen Behandlungsplanung** und zur **Vermeidung medizinischer Notfälle**. Die schriftliche Beantwortung bzw. das Ausfüllen des vorliegenden Anamnesebogens durch Sie ist freiwillig, die generelle Beantwortung der Gesundheitsfragen **jedoch nicht**. Die Nutzung eines Erfassungsbogens zur standardisierten, geordneten und effektiven Erfassung Ihrer Anamnese ist ein inzwischen seit Jahrzehnten bewährtes Verfahren. Sollten Sie das Ausfüllen des Erfassungsbogens nicht wünschen, werden wir Sie selbstverständlich trotzdem behandeln, sofern Sie uns in einem persönlichen Gespräch alle Gesundheitsfragen dieses Bogens beantworten; die Erfassung der Antworten erfolgt dann durch eine(n) unserer Mitarbeiter(innen) in Ihrer Patientenkartei. **Wir weisen Sie darauf hin, dass eine Behandlung in unserer Praxis ohne vorherige Beantwortung der Gesundheitsfragen nicht möglich ist.**

Die einmalige Beantwortung der Gesundheitsfragen vor Ihrer Erstbehandlung in unserer Praxis ist notwendig, jedoch für Folgebehandlungen nicht ausreichend. **Bitte teilen Sie uns Änderungen Ihres Gesundheitszustandes vor jeder Behandlung unaufgefordert mit.** Zur Erinnerung bitten wir Sie einmal jährlich durch Ausgabe des Erfassungsbogens und mit Bitte um erneutes Ausfüllen um Angabe möglicher Änderungen.

Um Ihnen Wartezeiten zu ersparen und einen reibungslosen Ablauf in unserer Praxis zu gewährleisten, werden Behandlungszeiten in unserer Bestellpraxis ausschließlich für Ihre Behandlung reserviert. **Sollten Sie verhindert sein, bitten wir Sie dringend, uns rechtzeitig, spätestens 24 Stunden vor Terminbeginn, Ihre Verhinderung mitzuteilen, damit der Termin möglichst anderweitig vergeben werden kann.**

Patient

Name	Vorname	geb.
Straße	Hausnummer	PLZ/Ort
Telefonnummer/Mobil-Nummer/E-Mail		

☐ gesetzlich versichert ☐ privat versichert ☐ Zusatzversicherung ☐ Zuzahlungsbefreit (Nachweis)

Erziehungsberechtigter/ Gesetzlicher Vertreter

Name	Vorname	geb.
Straße	Hausnummer	PLZ/Ort
Telefonnummer/Mobil-Nummer/E-Mail		

Eine Betreuerbestellung/ Vollmacht ist dem Aufnahmebogen bitte gegebenenfalls beizulegen.

Liegt bei Ihnen ein Pflegegrad vor?	☐ ja	☐ nein
Wenn ja, welcher? Nachweis bitte beilegen.		
Liegt bei Ihnen ein Schwerbehindertenausweis vor? Nachweis bitte beilegen.	☐ ja	☐ nein
Befinden Sie sich aktuell in Wiedereingliederung ? Nachweis bitte beilegen.	☐ ja	☐ nein

Röntgen

Sind Sie schon einmal im Kopf-/Kieferbereich geröntgt worden? ☐ ja ☐ nein
Wenn ja, wann? _____

Für Patientinnen: Sind Sie schwanger? ☐ ja ☐ nein
Wenn ja, in welchem Monat? _____

Allgemeinmedizinische Auskünfte

Nehmen Sie regelmäßig **Medikamente**? ☐ ja ☐ nein
Wenn ja, welche? _____

Nehmen sie **blutverdünnende** (gerinnungshemmende) Medikamente? ☐ ja ☐ nein
Wenn ja, welche? _____

Sind Sie **allergisch** gegen bestimmte Medikamente oder andere Stoffe? ☐ ja ☐ nein
Wenn ja, welche? Allergiepass bitte beilegen. _____

Leiden oder litten Sie unter einer der folgenden gesundheitlichen Störungen?

Herzerkrankungen (z. B. Herzinfarkt, Angina pectoris, Herzschwäche) ☐ ja ☐ nein
Wenn ja, unter welcher? _____

Haben Sie einen **Herzschrittmacher**? ☐ ja ☐ nein

Haben Sie eine **künstliche Herzklappe**? ☐ ja ☐ nein

Kreislaufkrankungen (z. B. hoher oder niedriger Blutdruck, Schlaganfall) ☐ ja ☐ nein
Wenn ja, unter welcher? _____

Stoffwechselstörungen (z. B. Diabetes, Schilddrüsenerkrankungen) ☐ ja ☐ nein
Wenn ja, unter welcher? _____

Atemwegserkrankungen (z.B. Neurodermitis, Heuschnupfen, Asthma) ☐ ja ☐ nein
Wenn ja, unter welcher? _____

Gehirn- und Nervenerkrankungen (z. B. Anfallsleiden, Migräne, Depression) ☐ ja ☐ nein
Wenn ja, unter welcher? _____

Erkrankungen des Bewegungsapparates (z. B. Rheuma, Gicht) ☐ ja ☐ nein
Wenn ja, unter welcher? _____

Nieren- / Blasen- / Leber- / Magen- / Darmerkrankung
(z. B. Niereninsuffizienz, Gelbsucht) ☐ ja ☐ nein
Wenn ja, unter welcher? _____

Erkrankung des blutbildenden Systems (z.B. Blutarmut, Bluter) ☐ ja ☐ nein
Wenn ja, unter welcher? _____

Erkrankung der Augen (z. B. grauer Star, grüner Star) ☐ ja ☐ nein
Wenn ja, unter welcher? _____

Leiden oder litten Sie an folgenden Infektionskrankheiten?

HIV (AIDS) ☐ ja ☐ nein

Hepatitis ☐ ja ☐ nein

SARS-CoV 2 ☐ ja ☐ nein

Tuberkulose (Tbc) ☐ ja ☐ nein

Creutzfeld-Jacob (CJ/vCJ) ☐ ja ☐ nein

MRSA ☐ ja ☐ nein

Röteln, Mumps, Masern, Scharlach ☐ ja ☐ nein

Sonstige Infektionskrankheiten _____

Nehmen Sie regelmäßig **Alkohol** oder **Drogen** zu sich? ☐ ja ☐ nein
Wenn ja, was / welche? _____

Rauchen Sie? ☐ ja ☐ nein
Wenn ja, wieviel pro Tag? _____

Zahnmedizinische Auskünfte

Tragen Sie Zahnersatz (z.B. Kronen, Brücken, Prothesen)	O ja	O nein
Wenn ja, wie alt ist dieser?	_____	
Wurde bei Ihnen eine Parodontalbehandlung durchgeführt?	O ja	O nein
Wenn ja, wann?	_____	
Treten bei Ihnen Schmerzen oder Knackgeräusche im Kiefergelenk auf?	O ja	O nein
Leiden Sie unter Überempfindlichkeit der Zähne?	O ja	O nein
Haben Sie besondere Wünsche für Ihre Behandlung?	O ja	O nein
Wenn ja, welche? _____		

Für welche Themen interessieren Sie sich:

- ☐ Prophylaxe-Programm
- ☐ Zahnerhalt
- ☐ Kosmetische Zahnbehandlungen, wie z.B. Schmuckstein, Zahnaufhellung
- ☐ Zahnersatz
- ☐ Veneers, Inlays
- ☐ Implantate
- ☐ Amalgamaustausch
- ☐ Füllungsmaterialien
- ☐ Sonstige Themen, wie z.B. _____

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

- ☐ Social Media
- ☐ Doctolib
- ☐ Internetsuche
- ☐ Krankenkasse
- ☐ Überweisung von _____
- ☐ Empfehlung durch _____
- ☐ Sonstiges, _____

Ort, Datum

Unterschrift Patient/Gesetzlicher Vertreter

Wir weisen ausdrücklich darauf hin, dass Ihr Reaktionsvermögen im Straßenverkehr nach einer zahnärztlichen Behandlung bzw. nach einer Lokalanästhesie und/oder Medikamentengaben eingeschränkt sein kann und bitten Sie, uns diese Aufklärung durch Ihre Unterschrift zu bestätigen.

Ort, Datum

Unterschrift Patient/Gesetzlicher Vertreter

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass Informationen, einschließlich personenbezogener, behandlungsrelevanter Daten an die oben genannte E-Mail-Adresse geschickt werden können.

Ich bestätige, dass ich vollen Zugriff auf die oben genannte E-Mail-Adresse habe. Ich werde Sie unverzüglich informieren, falls sich dies ändert oder ich eine andere E-Mail-Adresse nutzen möchte.

Ich bin darüber informiert, dass ich diese Einwilligung jederzeit schriftlich oder mündlich widerrufen kann.

Ort, Datum

Unterschrift Patient/Gesetzlicher Vertreter

Datenschutzerklärung

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

im Rahmen Ihrer Behandlung müssen wir Daten zu Ihrer Person, Ihrem Versicherungsstatus und zu Ihrem Gesundheitszustand erheben. Selbstverständlich werden diese Informationen 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	Orisus Zahnmedizin MVZ GmbH
Ansprechpartner	Dr. med. dent. Susan Kallweit M.Sc. M.Sc. & Dr. med. dent. Mario B. Kallweit M.Sc. M.Sc.
Praxisadresse	Auerbacher Str. 13, 08107 Kirchberg
Telefon	037602 - 647 38
Telefax	037602 - 649 01
E-Mail	praxis@zahnaerzte-kallweit.de

2. Wer ist in unserer Praxis als Datenschutzbeauftragter bestellt?

In unserer Praxis ist als Datenschutzbeauftragter bestellt:

Name	OPTI Health consulting – Michéle Lindner
Adresse	Eckernförder Straße 42, 24398 Karby
Telefon	04644 – 95 89 00
E-Mail	datenschutz@opti-hc.de

3. Zweck und Rechtsgrundlage der Datenverarbeitung

Wir erheben und verarbeiten Ihre personenbezogenen Daten als Patienten unserer Praxis im Rahmen der Aufnahme, Anamnese, Diagnose, Therapie, sowie der Stammdatenverwaltung, Leistungsabrechnung und Nachbetreuung.

Für die Anbahnung und die Dauer eines Behandlungsverhältnisses müssen wir unterschiedliche Daten von Ihnen erheben und verarbeiten. Im Rahmen des Behandlungsvertrags erheben wir insbesondere Ihren Vor- und Zunamen, Geburtsdatum und -ort, Ihre Adresse, Ihre Kontaktdaten wie Telefon- und Mobilfunknummer und Ihre E-Mail-Adresse, Ihren Versichertenstatus, Ihren Beruf, sowie Angaben zu Ihrem Gesundheitszustand, zu Diagnosen und Behandlungen. Ohne die Erhebung und Speicherung Ihrer personenbezogenen Daten ist eine Behandlung nicht möglich.

Rechtsgrundlage für diese Art der Datenverarbeitung sind insbesondere Art. 6 Abs. 1 a), b) EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO). Die Verarbeitung auf Grund berechtigter Interessen erfolgt nur im Falle von Art. 6 Abs. 1 f) DSGVO.

4. Datenaustausch mit Dienstleistern und weiteren Empfängern

Wir bedienen uns zur Erfüllung unserer vertraglichen und gesetzlichen Pflichten externer Dienstleister, wie etwa einem zahntechnischen Labor, einer Abrechnungsgesellschaft, einer Steuerberatungsgesellschaft, Rechtsanwälten und Softwareentwicklungsunternehmen, denen wir Ihre persönlichen Daten im Bedarfsfall übermitteln.

Darüber hinaus können wir, bzw. die vorgenannten Dienstleister Ihre personenbezogenen Daten an weitere Empfänger übermitteln, wie etwa an Behörden zur Erfüllung gesetzlicher Mitteilungspflichten (z.B. gesetzliche Krankenversicherung, gesetzliche Unfallversicherung, dem medizinischen Dienst der Krankenkassen, oder Finanzbehörden). Die Weitergabe erfolgt ausschließlich nur im notwendigen oder von Ihnen eingewilligten Umfang.

5. Dauer der Datenspeicherung

Wir löschen Ihre personenbezogenen Daten sobald sie für die oben genannten Zwecke nicht mehr erforderlich sind. Dabei kann es vorkommen, dass personenbezogene Daten für die Zeit aufbewahrt werden, in der Ansprüche gegen unsere Praxis geltend gemacht werden können (entsprechend den gesetzlichen Verjährungsfristen). Zudem speichern wir Ihre personenbezogenen Daten, soweit wir dazu gesetzlich verpflichtet sind. Entsprechende Nachweis- und Aufbewahrungspflichten ergeben sich unter anderem aus dem Patientenrechtegesetz (BGB §630f Abs.3) und der Röntgenverordnung (RöV §28 Abs.3) die Gesundheitsdaten (wie die Patientenakte), dem Handelsgesetzbuch und der Abgabenordnung. Die Speicherfristen betragen nach dem Bürgerlichen Gesetzbuch, Handelsgesetzbuch und der Abgabenordnung bis zu 10 Jahre, nach der Röntgenverordnung bis zu 30 Jahre.

6. Betroffenenrechte

Sie können unter der o.g. Adresse Auskunft über die zu Ihrer Person gespeicherten Daten verlangen.

Darüber hinaus können Sie unter bestimmten Voraussetzungen die Berichtigung oder die Löschung Ihrer Daten verlangen. Ihnen kann ein Recht auf Einschränkung der Verarbeitung Ihrer Daten sowie ein Recht auf Herausgabe der von Ihnen bereitgestellten Daten in einem strukturierten, gängigen und maschinenlesbaren Format zustehen.

Soweit Sie eine gesonderte Einwilligung zur Verarbeitung personenbezogener Daten gegeben haben, können Sie Ihre Einwilligung jederzeit widerrufen. Durch den Widerruf der Einwilligung bleiben die bis zum Widerruf verarbeiteten Daten rechtmäßig verarbeitet. Der Widerruf der Einwilligung ist gegenüber der gleichen Stelle zu erklären, gegenüber der Sie auch die Einwilligung erklärt haben.

Sie haben die Möglichkeit, sich mit einer Beschwerde an den Datenschutzbeauftragten in unserer Praxis oder an die zuständige Datenschutzbeförde zu wenden.

7. Datenübermittlung in ein Drittland

Sollten wir personenbezogene Daten an Dienstleister außerhalb der europäischen Gemeinschaft übermitteln, so tun wir dies nur, soweit dem Drittland durch die EU-Kommission ein angemessenes Datenschutzniveau bestätigt wurde oder andere angemessene Datenschutzgarantien (z.B. verbindliche unternehmensinterne Datenschutzvorschriften oder EU-Standardvertragsklauseln) vorhanden sind.

Datum:	Unterschrift:

Datenschutzinformationen zu Doctolib

Für die optimale Terminverwaltung setzen wir das Terminmanagementsystem von Doctolib ein. Doctolib bietet uns einerseits ein modernes Kalendersystem und andererseits unseren Patienten die Möglichkeit, auf der Seite <https://www.doctolib.de/> mit uns Termine online zu vereinbaren. Die Doctolib GmbH (Mehringdamm 51, 10961 Berlin) wird für uns als Auftragsverarbeiter tätig.

Wir nutzen die Doctolib Kalendersoftware für alle unsere Patienten (unabhängig davon, ob der Patient ein Doctolib Nutzerkonto für die Onlinebuchung hat oder nicht), um Termine einheitlich zu verwalten. Doctolib verarbeitet sämtliche Daten nach allen geltenden Datenschutzvorschriften und wendet höchste Sicherheitsstandards an. Für die Terminvereinbarung werden folgende Daten in den Doctolib Kalender eingetragen: Name, Vorname, Geburtsdatum, Anschrift, Telefonnummer, E-Mailadresse, Hausarzt, Krankenkassenstatus, überweisender Arzt, Besuchsgrund und Terminhistorie.

Ihre Daten werden für die Zwecke der Terminverwaltung erfasst, so wie es auch bisher bei uns der Fall war. Rechtsgrundlage für die Verarbeitung Ihrer Daten sind Art. 6 I b) DSGVO (der Behandlungsauftrag, den Sie uns erteilen), Art. 6 I a) DSGVO (Einwilligung für Terminerinnerungen per SMS und E-Mail) und Art. 9 II h) DSGVO (die Zwecke der Gesundheitsvorsorge). Die Daten werden gleichlaufend zu den berufsrechtlichen Aufbewahrungspflichten für die Dauer von 10 Jahren gespeichert. Es erfolgt keine Weiterleitung der Daten durch Doctolib an kommerzielle Anbieter. Doctolib wird vertraglich auf die Schweigepflicht gemäss den §§ 203, 204 StGB verpflichtet. Eine Entbindung von der Schweigepflicht ist nicht erforderlich.

Um Terminausfälle zu vermindern, möchten wir Sie mit Ihrer Einwilligung mittels des Doctolib Kalendersystems per SMS und/oder E-Mail an Ihren Termin erinnern. Wenn Sie keine Erinnerungen mehr erhalten möchten, teilen Sie uns das jederzeit mit und wir stellen die Erinnerungen wieder aus.

Besonderheiten der Online Buchung

Für die Online-Terminbuchung ist ein Doctolib-Nutzerkonto notwendig, hierfür gelten die [Datenschutzhinweise von Doctolib](#), die auf der Webseite [doctolib.de](https://www.doctolib.de) verfügbar sind. Für die Anlegung eines Doctolib Nutzerkontos ist die Doctolib GmbH (Mehringdamm 51, 10961 Berlin) Verantwortlicher für die Datenverarbeitung.

Einwilligung zu Terminerinnerungen und Recalls per SMS und/oder E-Mail

Um Terminausfälle zu vermindern, möchten wir Sie mittels des Doctolib Kalendersystems per SMS und E-Mail an Ihren Termin erinnern. Bitte bestätigen Sie mit Ihrer Unterschrift, dass Sie hiermit einverstanden sind. Wenn Sie keine Erinnerungen mehr erhalten möchten, teilen Sie uns das jederzeit mit und wir stellen die Erinnerungen wieder aus.

☐ Ja, ich möchte Terminerinnerungen erhalten. ☐ Nein, ich möchte keine Terminerinnerungen erhalten.

Ich möchte an Kontrolluntersuchungen sowie vereinbarte oder medizinisch notwendige Behandlungstermine erinnert werden und bin bereit, an einem Wiederbestellsystem teilzunehmen. Sollte ich dies nicht mehr wünschen, kann ich mein Einverständnis hierzu jederzeit widerrufen.

☐ Ja, ich möchte Recalls erhalten. ☐ Nein, ich möchte keine Recalls erhalten.

Ort, Datum

Unterschrift Patient/Gesetzlicher Vertreter