Paroimplantologie®
Zahnärzte Kallweit

Anamnese- und Beratungsbogen

Sehr geehrte Patientin, sehr verehrter Patient,

Gesundheit ist das höchste Gut des Menschen. Ihre Gesundheit zu erhalten oder wieder herzustellen, ist unser höchstes Ziel. Um dieses Ziel zu erreichen, benötigen wir Ihre Mitarbeit. Bitte füllen Sie diesen Beratungsbogen aus. Vielen Dank!

Patient

Herr/Frau/Kind

Name Vorname geb.

Mitglied/ Erziehungsberechtigter

Name Vorname geb.

Anschrift

Straße Nr. PLZ/ Ort

Telefon e- mail

Ich bin O gesetzlich versichert O privat versichert (Einschränkungen?)
O Zusatzversicherung

Ärztliche Behandlung: Stehen Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung? O JA O NEIN

Wenn ja, wegen welcher Erkrankung?

Hausarzt:	Name, Adresse und Telefonnummer		
Medikamente:	Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?		
Allergien:	Gegen welche Materialien oder Medikamente besteht bei Ihnen der Verdacht einer Überempfindlichkeit? (Wenn ein Allergiepass vorhanden ist: Bitte vorlegen!)		
Herzerkrankungen:	Herzschwäche (Insuffizienz)?	O JA	O NEIN
	Unregelmäßiger Herzschlag?	O JA	O NEIN
	Herzasthma, Angina Pectoris?	O JA	O NEIN
	Herzschrittmacher, Herzklappenersatz?	O JA	O NEIN
	Sonstiges?		
Kreislauferkrankungen:	Hoher Blutdruck?	O JA	O NEIN
	Niedriger Blutdruck?	O JA	O NEIN
	Zustand nach Herzinfarkt?	O JA	O NEIN
	Nehmen Sie **gerinnungshemmende** Medikamente ein?	O JA	O NEIN
	Sonstiges?		
Vegetative Erkrankungen:	Ohnmachtsanfälle?	O JA	O NEIN
	Nehmen Sie Aufputsch- oder Beruhigungsmittel?	O JA	O NEIN
	Sonstiges?		
Stoffwechselerkrankungen;	Zuckerkrankheit (Diabetes)?	O JA	O NEIN
	Magen- Darmerkrankungen?	O JA	O NEIN
	Schilddrüsenerkrankungen?	O JA	O NEIN
	Sonstiges?		
Erkrankungen des Nervensystems:	Epileptiforme Anfälle?	O JA	O NEIN
	Krämpfe?	O JA	O NEIN
	Sonstiges?		
Bluterkrankungen:	Blutungsneigung (Hämophilie)?	O JA	O NEIN
	Blutarmut (Anämie)?	O JA	O NEIN
	Sonstiges?		
Infektionskrankheiten:	Hepatitis A/ B?	O JA	O NEIN
	AIDS?	O JA	O NEIN
	Tuberkulose?	O JA	O NEIN
Mundpflege:	Wie oft am Tag betreiben Sie Mundpflege?	O morgens O mittags O abends	
	Verwenden Sie Hilfsmittel, wie z.B. Zahnseide, Interdentalraumbürstchen etc.?	O JA	O NEIN
Sonstiges:	-Haben Sie Beschwerden am Kiefergelenk?	O JA	O NEIN
	-Tragen Sie Zahnersatz?	O JA	O NEIN
	Wenn ja, wie alt ist dieser?		
	-Rauchen Sie?	O JA	O NEIN
	Wenn ja, wieviele pro Tag?		
	-Wurden Sie in der letzten Zeit im Gesichts-Kieferbereich operiert?	O JA	O NEIN
	Wenn ja, wann?		

-Gab es in Ihrer Familie schon häufiger Probleme mit dem Zahnfleisch bzw. mit dem Knochen? O JA O NEIN
-Wurde bei Ihnen bereits eine Parodontalbehandlung durchgeführt?
Wenn ja, wann? Ca.
-Haben Sie überempfindliche Zähne? O JA O NEIN

Röntgen: Wurden Sie im letzten Jahr im Kopf- Kiefer-Zahnbereich geröntgt? O JA O NEIN
Wenn ja, wo?

Schwangerschaft: Wenn ja, in welchem Monat?

Haben Sie für die Behandlung besondere Wünsche?

Interessieren Sie sich für Vorsorgemöglichkeiten zum langfristigen Erhalt Ihrer Zähne?

o JA o NEIN

Ich möchte gerne zu folgenden Themen informiert werden:

O professionelle Zahnreinigung
O Gold- bzw. Keramikfüllungen/Inlays
O Karies- und Parodontitisvosorge
O Kronen und Brücken
O Zahnfarbaufhellung
O Implantate
O Amalgamaustausch und Alternativmaterialien
O .....

Für neue Patienten

Wurde Ihnen unsere Praxis empfohlen?

Wenn ja, von wem? _____

Wir nehmen uns Zeit für Sie!
Deshalb unsere Bitte:
Sollten Sie einen Termin nicht wahrnehmen können, bitten wir Sie dringlich, diesen 24 Stunden vorher abzusagen.
Wir können die dadurch entstandenen Lücken sonst nicht kurzfristig belegen.

Datum: Unterschrift:

Herzlichen Dank, Sie haben uns mit dem Ausfüllen des Bogens sehr geholfen, damit wir noch individueller auf Ihre Situation und Wünsche eingehen können.

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 folgende 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. 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	vismed. GmbH - Steffen Vey
Adresse	Saarstraße 7, 85354 Freising
Telefon	08161 12243
E-Mail	sv@vismed.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 Bedarfsfalle 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 Datenaufsichtsbehörde 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:**