

Anamnesebogen

Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht ! Behandlung der Daten gemäß DSGVO!

Patient

Name	Vorname	geb.:
Straße, Hausnummer	PLZ Ort	☎(freiwillig) für Behandlungsrückfragen u. Terminabsprachen E-Mail :

Versicherter

Name	Vorname	geb.:
Straße, Hausnummer	PLZ Ort	☎(freiwillig) für Behandlungsrückfragen u. Terminabsprachen

ggf. gesetzliche(r) Vertreter(in) oder abweichender Rechnungsempfänger

Name	Vorname	geb.:
Straße, Hausnummer	PLZ Ort	☎(freiwillig) für Behandlungsrückfragen u. Terminabsprachen

Versicherungsverhältnis

<input type="checkbox"/> gesetzlich Krankenkasse:	<input type="checkbox"/> pflichtversichert <input type="checkbox"/> freiwillig versichert <input type="checkbox"/> beihilfeberechtigt <input type="checkbox"/> private Zusatzversicherung	<input type="checkbox"/> privat Versicherung:	<input type="checkbox"/> beihilfeberechtigt <input type="checkbox"/> Standardtarif zum 1,7 fachen Satz
---	--	---	--

Empfohlen von / Überwiesen durch (freiwillig) :

Wer ist Ihr behandelnder Hausarzt (freiwillig) ?

Allgemeine Gesundheitsfragen (bitte zu Ihrer eigenen Sicherheit ausfüllen)

<i>bitte ankreuzen</i>		<i>bitte unterstreichen / ergänzen</i>	
<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Erkrankungen des Herzens	Herzfehler, Infarkt, Schrittmacher, Operation, Endokarditis
<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Blut- und Kreislauferkrankungen	Gerinnungsstörungen, Nachblutungen, Blutdruckabweichungen, Gehirnschlag
<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Internistische Erkrankungen	Zucker (Diabetes), Schilddrüse, Lunge (Asthma,...), Leber, Niere, Magen-Darm (Sodbrennen, Erbrechen), Rheuma
<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Anfallsleiden und Nervenerkrankungen	Epilepsie, Parkinson, Depressionen, Schlafstörungen, Migräne
<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Infektionskrankheiten	Herpes, Hepatitis, Tbc, Geschlechtskrankheiten, HIV, Aids, MRSA (Krankenhauskeim)
<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Erkrankungen des Bewegungsapparates	Arthrosen, Rheuma, Morbus Bechterew, Halswirbelsäule, Wirbelsäule
<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Allergien	Welche?
<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Sonstiges, z.B. Unfall, Tumor,...	<i>bitte angeben</i>
<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Nehmen Sie Medikamente ein ? (Falls vorhanden bitte Medikamentenliste beilegen)	Welche ?
<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Haben Sie einen Pflegegrad ?	Wenn ja, welchen ?
<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Besteht eine Schwangerschaft ?	Welcher Monat ?

Fortsetzung auf Seite 2/Rückseite → bitte wenden



Zahnärztliche Gesundheitsfragen

Haben Sie Probleme / Schmerzen im Kopf-, Mund- oder Kieferbereich ?
Welche ?

Haben Sie Probleme mit

<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> empfindlichen Zähnen ? ja nein	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Zahnfleischbluten ? ja nein
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> beim Kauen ? ja nein	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Zahnfleischschwund ? ja nein
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> mit Ihrem Zahnersatz ? ja nein	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen, Migräne ? ja nein
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Mundgeruch ? ja nein	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Kiefergelenkgeräusche ? ja nein
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Rauchen Sie ? ja nein	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Knirschen oder Pressen Sie ? ja nein

Behandlungsmethoden

<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	KASSENPATIENTEN: Wünschen Sie lediglich eine Versorgung im Rahmen der kassenzahnärztlichen Möglichkeiten, die laut Gesetz nur ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein dürfen ? ja nein
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Wünschen Sie eine darüberhinausgehende Beratung über haltbarere, schönere, biologischere und komfortablere Behandlungsmethoden (z.B. Gold- /Keramikfüllungen, Implantate, hochwertige Prothetik, Ernährungs- und Mundhygieneberatung, usw.) ? (freiwillig) ja nein
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Ist Ihnen Ihr Aussehen wichtig ? (freiwillig) ja nein Wir beraten Sie gerne über Veränderung der Zahnfarbe, Entfernung von Verfärbungen, verfärbten Füllungen, schwarze Kronenränder, verfärbtes Zahnfleisch, Zahnstellung, Zahnschmuck usw.

Einverständniserklärung

Wir versichern Ihnen den vertraulichen Umgang mit den Daten gemäß DSGVO.
Dr. Heiner Strümpfer wird dafür Sorge tragen, dass nur dann auf die Behandlungsdaten zurückgegriffen wird, wenn sie sich entschließen Patient/in der Praxis Dr. Florian Strümpfer zu sein . Ich entbinde Dr. Heiner Strümpfer diesbezüglich Dr. Florian Strümpfer gegenüber von der zahnärztlichen Schweigepflicht.

„Ich bestätige durch meine Unterschrift, dass ich mit der Weitergabe meiner personenbezogenen Daten insbesondere auch meiner Gesundheitsdaten ,von Herrn Dr. Heiner Strümpfer an Herrn Dr. Florian Strümpfer einverstanden bin.
Zudem ist mir durch die mir ausgehändigte Patienteninformation gem. Art. 13 DSGVO bekannt, dass ich jederzeit das Recht habe, die Einwilligung zur Weitergabe meiner personenbezogenen Daten von Dr. Heiner Strümpfer auf Dr. Florian Strümpfer zu widerrufen, solange ich noch in der Praxis Dr. Florian Strümpfer behandelt werde.

Ihre Zeit und Gesundheit sind uns wichtig ! Deshalb wird unsere Praxis nach dem Bestellsystem geführt. Die Behandlung Ihrer Zähne erfolgt nach einem genau festgelegten Zeitplan. Ihre Behandlungszeit ist nur für Sie reserviert. **Sollten Sie einen Termin nicht wahrnehmen können, bitten wir Sie, uns spätestens 24 Stunden vorher telefonisch zu informieren.**

Informationsblatt gemäß Artikel 13 Datenschutzgrundverordnung (DSGVO)

Praxis Dr. Florian Strümpfer
Niederrheinallee 81
47506 Neukirchen-Vluyn
Tel. 02845-5111 FAX 02845-5161
www.zahnarzt-struempler.de
dr.struempler@t-online.de

Datenverarbeiter, Verantwortlicher

Name und Kontaktdaten des Verantwortlichen sowie ggf. seines Vertreters	Dr. Florian Strümpfer Niederrheinallee 81, 47506 Neukirchen-Vluyn
Interner oder externer Datenschutzbeauftragter, sofern gemäß Art. 37 DSGVO benannt	Externe Datenschutzbeauftragte: Frau Rechtsanwältin Walburga van Hövell Am Hofgarten 3 53113 Bonn

Verarbeitungsrahmen

Zwecke, für die die personenbezogenen Daten verarbeitet werden sollen sowie die Rechtsgrundlage für die Verarbeitung	Erfüllung des Behandlungsvertrages sowie zur Dokumentation der Behandlung (§§ 630a und 630f BGB), Übermittlung von Leistungsdaten an Krankenkassen und die Kassenzahnärztliche Vereinigung, §§ 294 ff, SGBV
Wenn die Verarbeitung auf Artikel 6 Abs. 1 lit. f DSGVO beruht, die berechtigten Interessen, die von dem Verantwortlichen oder einem Dritten verfolgt werden	Zur Durchführung zivilrechtlicher Ansprüche
Die Empfänger oder Kategorien von Empfängern der personenbezogenen Daten	Kassenzahnärztliche Vereinigung, Krankenkassen, Factoring-Unternehmen, Dentallabor, Mitbehandler, Histologische- /Mikrobiologische Institute
Dauer, für die die personenbezogenen Daten gespeichert werden oder, falls dies nicht möglich ist, die Kriterien für die Festlegung dieser Dauer	10 Jahre Behandlungsdokumentation (§630 f Abs.3 BGB) und 10 Jahre bei Rö-Bildern nach Abschluss der Behandlung, bei Kindern/Jugendlichen bis zu deren 28.Lebensjahr §28 Abs. 35.2 und RöV)
Die Bereitstellung der personenbezogenen Daten ist gesetzlich oder vertraglich vorgeschrieben oder für einen Vertragsabschluss erforderlich.	Zur Durchführung der Behandlung erforderlich
Die betroffene Person ist verpflichtet/nicht verpflichtet, die personenbezogenen Daten bereitzustellen; mögliche Folgen der Nichtbereitstellung	Ohne Bereitstellung kann keine Behandlung erfolgen
Sofern einschlägig: Bestehen einer automatisierten Entscheidungsfindung einschließlich Profiling gemäß Art. 22 Abs. 1 und 4 DSGVO und – zumindest in diesen Fällen – aussagekräftige Informationen über die involvierte Logik sowie die Tragweite und die angestrebten Auswirkungen einer derartigen Verarbeitung für die betroffene Person	Keine Prozesse mit automatisierter Entscheidungsfindung

Weitergabe und Auslandsbezug

Absicht des Verantwortlichen, die personenbezogenen Daten an ein Drittland oder eine internationale Organisation zu übermitteln, sowie das Vorhandensein oder das Fehlen eines Angemessenheitsbeschlusses der Kommission oder im Falle von Übermittlungen gemäß Art. 46 oder Art. 47 DSGVO oder Art. 49 Abs. 1 Unterabs. 2 DSGVO einen Verweis auf die geeigneten oder angemessenen Garantien und die Möglichkeit, wie eine Kopie von ihnen zu erhalten ist, oder wo sie verfügbar sind.	Keine Nutzung von Cloud-Diensten bei denen regelmäßig eine Datenspeicherung auf Servern im Ausland erfolgt
--	--

Betroffenenrechte

Als betroffene Person werden Sie darüber informiert, dass Sie ein Recht auf Auskunft (Art. 15 DSGVO), Berichtigung (Art. 16 DSGVO), Löschung bzw. Einschränkung (Art. 18 DSGVO) der Verarbeitung oder eines Widerspruchsrechts gegen die Verarbeitung (Art. 21 DSGVO) sowie des Rechts auf Datenübertragbarkeit (Art. 20 DSGVO) haben.

Zudem haben Sie das Recht, die Einwilligung im Sinne von Art. 6 Abs. 1 lit. a oder Art. 9 Abs. 2 lit. a DSGVO jederzeit zu widerrufen, ohne dass die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung berührt wird.

Weiter besteht ein Beschwerderecht bei der Aufsichtsbehörde (Landesbeauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit Nordrhein-Westfalen, Postfach 20 04 44, 40102 Düsseldorf).

Zur Kenntnis genommen am: _____

Name der betroffenen Person: _____ Unterschrift der betroffenen Person: _____

Informationsblatt gemäß Artikel 13 Datenschutzgrundverordnung (DSGVO)

Praxis Dr. Florian Strümpfer
Niederrheinallee 81
47506 Neukirchen-Vluyn
Tel. 02845-5111 FAX 02845-5161
www.zahnarzt-struempler.de
dr.struempler@t-online.de

Datenverarbeiter, Verantwortlicher	
Name und Kontaktdaten des Verantwortlichen sowie ggf. seines Vertreters	Dr. Florian Strümpfer Niederrheinallee 81, 47506 Neukirchen-Vluyn
Interner oder externer Datenschutzbeauftragter, sofern gemäß Art. 37 DSGVO benannt	Externe Datenschutzbeauftragte: Frau Rechtsanwältin Walburga van Hövell Am Hofgarten 3 53113 Bonn
Verarbeitungsrahmen	
Zwecke, für die die personenbezogenen Daten verarbeitet werden sollen sowie die Rechtsgrundlage für die Verarbeitung	Erfüllung des Behandlungsvertrages sowie zur Dokumentation der Behandlung (§§ 630a und 630f BGB), Übermittlung von Leistungsdaten an Krankenkassen und die Kassenzahnärztliche Vereinigung, §§ 294 ff, SGBV
Wenn die Verarbeitung auf Artikel 6 Abs. 1 lit. f DSGVO beruht, die berechtigten Interessen, die von dem Verantwortlichen oder einem Dritten verfolgt werden	Zur Durchführung zivilrechtlicher Ansprüche
Die Empfänger oder Kategorien von Empfängern der personenbezogenen Daten	Kassenzahnärztliche Vereinigung, Krankenkassen, Factoring-Unternehmen, Dentallabor, Mitbehandler, Histologische- /Mikrobiologische Institute
Dauer, für die die personenbezogenen Daten gespeichert werden oder, falls dies nicht möglich ist, die Kriterien für die Festlegung dieser Dauer	10 Jahre Behandlungsdokumentation (§630 f Abs.3 BGB) und 10 Jahre bei Rö-Bildern nach Abschluss der Behandlung, bei Kindern/Jugendlichen bis zu deren 28.Lebensjahr §28 Abs. 35.2 und RöV)
Die Bereitstellung der personenbezogenen Daten ist gesetzlich oder vertraglich vorgeschrieben oder für einen Vertragsabschluss erforderlich.	Zur Durchführung der Behandlung erforderlich
Die betroffene Person ist verpflichtet/nicht verpflichtet, die personenbezogenen Daten bereitzustellen; mögliche Folgen der Nichtbereitstellung	Ohne Bereitstellung kann keine Behandlung erfolgen
Sofern einschlägig: Bestehen einer automatisierten Entscheidungsfindung einschließlich Profiling gemäß Art. 22 Abs. 1 und 4 DSGVO und – zumindest in diesen Fällen – aussagekräftige Informationen über die involvierte Logik sowie die Tragweite und die angestrebten Auswirkungen einer derartigen Verarbeitung für die betroffene Person	Keine Prozesse mit automatisierter Entscheidungsfindung
Weitergabe und Auslandsbezug	
Absicht des Verantwortlichen, die personenbezogenen Daten an ein Drittland oder eine internationale Organisation zu übermitteln, sowie das Vorhandensein oder das Fehlen eines Angemessenheitsbeschlusses der Kommission oder im Falle von Übermittlungen gemäß Art. 46 oder Art. 47 DSGVO oder Art. 49 Abs. 1 Unterabs. 2 DSGVO einen Verweis auf die geeigneten oder angemessenen Garantien und die Möglichkeit, wie eine Kopie von ihnen zu erhalten ist, oder wo sie verfügbar sind.	Keine Nutzung von Cloud-Diensten bei denen regelmäßig eine Datenspeicherung auf Servern im Ausland erfolgt
Betroffenenrechte	
<p>Als betroffene Person werden Sie darüber informiert, dass Sie ein Recht auf Auskunft (Art. 15 DSGVO), Berichtigung (Art. 16 DSGVO), Löschung bzw. Einschränkung (Art. 18 DSGVO) der Verarbeitung oder eines Widerspruchsrechts gegen die Verarbeitung (Art. 21 DSGVO) sowie des Rechts auf Datenübertragbarkeit (Art. 20 DSGVO) haben.</p> <p>Zudem haben Sie das Recht, die Einwilligung im Sinne von Art. 6 Abs. 1 lit. a oder Art. 9 Abs. 2 lit. a DSGVO jederzeit zu widerrufen, ohne dass die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung berührt wird.</p> <p>Weiter besteht ein Beschwerderecht bei der Aufsichtsbehörde (Landesbeauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit Nordrhein-Westfalen, Postfach 20 04 44, 40102 Düsseldorf).</p>	

Zur Kenntnis genommen am: _____

Name der betroffenen Person: _____ Unterschrift der betroffenen Person: _____