



Anamnesebogen

Liebe Patientin, lieber Patient!

Herzlich Willkommen in unserer kieferorthopädischen Fachpraxis! Bevor wir in Ruhe auf Ihr Anliegen eingehen können, benötigen wir neben den Angaben zu Ihrer Person, auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Denn auch Allgemeinerkrankungen können Auswirkungen auf die kieferorthopädische Behandlung haben. Deswegen bitten wir Sie, diesen Anamnesebogen auszufüllen. Er wird Ihren persönlichen Unterlagen beigelegt. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht unserer Praxis.

Persönliche Angaben zum Patient

Name / Vorname _____

Straße / Nr. _____ PLZ / Ort _____

Geburtsdatum _____ Geburtsort _____

Tel. privat _____ Tel. mobil _____

E-Mail _____ Beruf _____

Gesetzliche Krankenkasse? Private Voll-Versicherung? Beihilfe? private Zusatzversicherung?

Name der/des Versicherungsträger/s: _____

Bei Kindern bzw., wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmitglied sind

-> Wer ist gesetzlicher Vertreter, bzw. bei wem ist der Patient versichert?

Name / Vorname _____

Straße / Nr. _____ PLZ / Ort _____

Geburtsdatum _____ Geburtsort _____

Tel. privat _____ Tel. mobil _____

E-Mail _____ Beruf _____

Rechnungsempfänger – nur falls abweichend vom Versicherten?

Name / Vorname _____

Straße / Nr. _____ PLZ / Ort _____

Geburtsdatum _____ Geburtsort _____

Tel. privat _____ Tel. mobil _____

E-Mail _____



Wer ist Ihr Zahnarzt?

Name _____ Ort _____

Fragen zur Zahngesundheit

Wann war der letzte Zahnarztbesuch? _____

Waren/sind Sie schon in kieferorthopädischer Behandlung/Beratung? _____ (wenn ja wo?)

Wann wurde das letzte Mal im Bereich der Zähne / Kiefer geröntgt*? _____

*Wenn ja: Welche Aufnahmen wurden gemacht? _____

Gab es Zahnunfälle (z.B. "auf Zähne gefallen")? ja nein Wenn ja, welche? _____

Gab es Operationen im Kopf-Hals Bereich? ja nein Wenn ja, welche? _____

Weitere Angaben zur Allgemeingesundheit

Sind Sie bzw. Ihr Kind betroffen von:

Allergien? ja nein Wenn ja, welche: _____

Herz-Kreislaufferkrankungen? ja nein Wenn ja, welche: _____

Infektionskrankheiten? ja nein Wenn ja, welche: _____

Bluterkrankungen? ja nein Wenn ja, welche: _____

Schilddrüsenerkrankung? ja nein Wenn ja, welche: _____

Zuckerkrankheit (Diabetes)? ja nein

Sonstige Erkrankungen? ja nein Wenn ja, welche: _____

Nehmen Sie bzw. Ihr Kind Medikamente? ja nein Wenn ja, welche: _____

Besteht die Möglichkeit einer Schwangerschaft? ja nein Wenn ja, seit wann?: _____

Sprachtherapie (Logopädie)? ja nein Wenn ja, wann?: _____



Haben Sie / Hat Ihr Kind - Angewohnheiten wie ...

- | | | |
|-------------------------------------|--------------------------|----------------------------|
| Zahnpressen / Knirschen | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Lispeln | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Zungen- oder Wangenpressen | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Lippen- Wangenbeißen | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Lutschangewohnheiten (z.B. Daumen) | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Mundatmung / Dauerhaft offener Mund | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Aktuell Gebrauch des Schnullers | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Schnarchen Sie, oder Ihr Kind? | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |

Einverständniserklärung zur Erhebung/Übermittlung von Patientendaten gemäß § 4(1) BDSG (Bundesdatenschutzgesetz)

Hiermit erkläre ich mich damit einverstanden, dass die Praxis Dres. Hellak meine personenbezogenen Daten und Befunde zum Zweck der in der Praxis zu führenden Dokumentation und weiteren Behandlung erhebt und elektronisch speichert. Ich bin ferner damit einverstanden, dass die erhobenen Befunde sowie der Behandlungsverlauf mit dem behandelnden Zahnarzt oder weiteren behandelnden Ärzten besprochen werden. Auch für eine Übermittlung von Befunden und Röntgenaufnahmen an die ärztlichen/zahnärztlichen Behandler erkläre ich mein Einverständnis. Sie haben jederzeit die Möglichkeit jede Einwilligung zu widerrufen (Genauere Informationen zum Datenschutz entnehmen Sie bitte der folgenden Seite)

Ich stimme ferner folgenden Punkten zu: - **bitte gewünschtes ankreuzen** -

- Übermittlung von Befunden und Röntgenaufnahmen verschlüsselt per Email an den behandelnden Arzt und/oder Zahnarzt
- Erinnerungen an Behandlungstermine per Telefon, ggf. Email und SMS
- Versand von Unterlagen/Korrespondenz durch die Praxis an meine: angegebene Email-Adresse
 - meine Email-Adresse _____
 - meine angegebene postalische-Adresse

Datum _____ Unterschrift Patient bzw. gesetzlicher Vertreter _____



| BAG Dres. Hellak | |
|--|--|
| 1. Name und Kontaktdaten des Verantwortlichen und ggf. Vertreters | Dr. Tobias Hellak / Dr. Andreas Hellak Wolfsberger Strasse 7 59348 Lüdinghausen |
| 2. Kontaktdaten eines evtl. Datenschutzbeauftragten | Nicht notwendig; Ergebnis nach internem Prüfverfahren |
| 3. Zwecke, für die die personenbezogenen Daten verarbeitet werden sollen | Durchführung und Verwaltung der zahnärztlichen Beratung und Behandlung, Abrechnung von GKV-Leistungen mit Stellen nach dem SGB V (insbesondere der KZVWL), Abrechnung von Privatleistungen, externe Abrechnung über Dienstleister, Erteilung erforderlicher Auskünfte |
| 4. Rechtsgrundlagen der Datenverarbeitung | Behandlungsvertrag; Pflicht zum Führen einer Behandlungsdokumentation (§ 630f Abs. 1 BGB); bei GKV-Patienten auch gesetzliche Pflicht zur Erbringung der vertragszahnärztlichen Leistungen (§ 95 SGB V); bei externer Abrechnung Einwilligung des Betroffenen, z.B. "Büdingen dent" mit separater schriftlicher Erlaubnis; bei Auskunftserteilung gesetzliche Pflichten oder Einwilligung des Betroffenen. |
| 5. Empfänger / Kategorien von Empfängern | Zahntechnisches Labor, andere Heilberufangehörige, gesetzliche oder beauftragte Abrechnungsstellen, Krankenkassen, Versicherungen oder Beihilfestellen, Behörden, Gerichte. |
| 6. Empfänger in einem Drittland/eine internationale Organisation (z.B. bei Nutzung von Cloud-Diensten) | Eine Übermittlung in Drittländer oder internationale Organisationen ist nicht beabsichtigt. |
| 7. Dauer der Speicherung | Die Dauer der Speicherung richtet sich im Wesentlichen nach den gesetzlichen oder satzungsrechtlichen Aufbewahrungsfristen, insbesondere § 12 Abs. 1 Berufsordnung der ZÄKWL (10 Jahre), § 630 f Abs.3 BGB (10 Jahre), §§ 28 Abs. 3 RöV und 85 Abs. 3 StrISchV (mindestens 10 Jahre). |
| 8. Rechte der Betroffenen | Betroffene können folgende Ansprüche gegenüber dem o.g. Verantwortlichen geltend machen: <ul style="list-style-type: none"> • Auskünfte nach § 15 EU-DSGVO über die Datenverarbeitung einschließlich Auskünfte über die hier genannten, diesbezüglichen Rechte; • Berichtigung oder Ergänzung von Daten nach Art. 16 EU-DSGVO, wobei Änderungen in der Behandlungsdokumentation als solche erkennbar bleiben müssen, siehe § 630f Abs. 1 BGB; • Löschung oder Sperrung von Daten nach Art. 17 bzw. 18 EU-DSGVO, bei der Behandlungsdokumentation wegen der Aufbewahrungspflichten ist nur Sperrung möglich; • Widerspruchsrecht nach Art. 21 EU-DSGVO, wobei die Verarbeitung in der Praxis in der Regel <u>nicht</u> auf der in der Vorschrift genannten Grundlage erfolgt; • Recht auf Datenübertragbarkeit nach Art. 20 EU-DSGVO, also auf Erhalt der Daten in maschinen-lesbarem Format und auf Übermittlung an einen anderen Verantwortlichen. |
| 9. Recht auf Widerruf einer Einwilligung | Soweit die Verarbeitung der Daten nicht auf vertraglicher oder gesetzlicher Grundlage, sondern einer Einwilligung des Betroffenen erfolgt, kann diese jederzeit durch formlose Erklärung gegenüber dem Verantwortlichen mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden. |
| 10. Recht auf Beschwerde bei einer Datenschutzbehörde | Jede von der Verarbeitung betroffene Person hat nach Art. 77 EU-DSGVO das Recht auf Beschwerde bei einer Aufsichtsbehörde, wenn sie der Ansicht ist, dass die Verarbeitung gegen das Datenschutzrecht verstößt; für NRW: Landesbeauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit NRW, Postfach 200444, 40102 Düsseldorf. |
| 11. [nur bei <u>Dritterhebung</u> nach Art. 14 EU-DSGVO] Quelle / öffentliche Quelle, aus der die Daten stammen | Die Daten fordern wir von [z.B. Praxis Dr. XY, Anschrift] an / Die Daten haben wir über das Unternehmen YZ erworben [z.B. bei Direktmarketing]. |
| 12. Gesetzliche oder vertragliche Verpflichtung, die Daten Dritten bereitzustellen und mögliche Folgen der Nichtbereitstellung | Berufsrechtlich (§ 12 Abs. 3 Berufsordnung ZÄKWL) besteht - soweit ein Einverständnis des Patienten vorliegt oder dies gesetzlich vorgeschrieben ist - die Pflicht, einem an der Behandlung beteiligten oder begutachtenden Zahnarzt oder Arzt die eigene Behandlungs-dokumentation vorübergehend zu überlassen und ihn über die Behandlung zu informieren. Ähnliche Verpflichtungen können sich insbesondere aus dem Sozialrecht ergeben wie bei einer Wirtschaftlichkeits-/Abrechnungsprüfung oder im Rahmen der Aufgaben des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen oder der Unfallversicherung. Pflichten zur Übermittlung von Daten bestehen zudem nach dem Infektionsschutzgesetz. Verstöße gegen diese Pflichten können berufs- bzw. vertragszahnrechtlich sanktioniert werden oder sogar zu einem Verlust der zahnärztlichen Approbation wegen Unzuverlässigkeit führen. Vertragliche Verpflichtungen zur Datenweitergabe bestehen nicht [wohl allerdings womöglich z.B. bei Teilnahme an einem Selektivvertrag] |