

Gesundheitsfragebogen

Sehr geehrte

für eine an Ihren Gesundheitszustand optimal angepasste zahnärztliche Behandlung benötigen wir von Ihnen einige Informationen. Hierfür bitten wir Sie, diesen Fragebogen vollständig auszufüllen. Sollten Sie einzelne Fragen nicht beantworten können, besprechen Sie diese mit uns vor der Behandlung. Selbstverständlich unterliegen alle Ihre Antworten der ärztlichen Schweigepflicht.

Diese Praxis wird nach dem Bestellsystem geführt. Das bedeutet für Sie in der Regel nur geringe Wartezeiten. Wenn Sie einen mit uns vereinbarten Termin nicht einhalten können, so sagen Sie diesen bitte möglichst frühzeitig ab, d.h. spätestens 24 Stunden vorher.

Leiden oder litten Sie an Erkrankungen folgender Organe?

Bitte bei allen Fragen Zutreffendes ankreuzen.

Herz

- (ja) (nein) Zustand nach Infarkt
- (ja) (nein) Herzinsuffizienz
- (ja) (nein) Muskelentzündung
- (ja) (nein) Verengung der Herzkranzgefäße
- (ja) (nein) Rhythmusstörungen
- (ja) (nein) Bypassoperation
- (ja) (nein) Herzklappenersatz
- (ja) (nein) Schrittmacher
- (ja) (nein) Besitzen Sie einen Herzpass?

Kreislauf

- (ja) (nein) niedriger Blutdruck
- (ja) (nein) Bluthochdruck
- (ja) (nein) Angina pectoris
- (ja) (nein) Durchblutungsstörungen
- (ja) (nein) Schlaganfall

Augen

- (ja) (nein) Grauer Star
- (ja) (nein) Grüner Star
- (ja) (nein) Starke Einschränkung der Sehkraft

Atmungswege/Lunge

- (ja) (nein) Asthma
- (ja) (nein) Bronchitis
- (ja) (nein) Schlafapnoe

Magen-Darm-Trakt

- (ja) (nein) Magenerkrankung
- (ja) (nein) Darmerkrankung
- (ja) (nein) Refluxkrankheit

Blase-Nieren

- (ja) (nein) Blasenerkrankung
- (ja) (nein) Nierenerkrankung
- (ja) (nein) Dialyse

Leber

- (ja) (nein) Gelbsucht
- (ja) (nein) Hepatitis o A o B o C

Bewegungsapparat

- (ja) (nein) Rheuma
- (ja) (nein) rheumatoide Arthritis
- (ja) (nein) Gicht
- (ja) (nein) Osteoporose

Zentrales Nervensystem

- (ja) (nein) epileptische Anfälle

Zahnarztpraxis Dr. Pietschmann

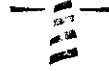
Dr. Robert Pietschmann • Zahnarzt

Seestraße 11 • 23743 Grömitz

Telefon (0 45 62) 22 55 37

info@za-pietschmann.de

www.za-pietschmann.de



Patienteninformation zum Datenschutz

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

der Schutz Ihrer personenbezogenen Daten ist uns wichtig. Nach der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) sind wir verpflichtet, Sie darüber zu informieren, zu welchem Zweck unsere Praxis Daten erhebt, speichert oder weiterleitet. Der Information können Sie auch entnehmen, welche Rechte Sie in puncto Datenschutz haben.

1. Verantwortlichkeit für die Datenverarbeitung

Wir führen eine weitgehend papierlose Praxis, d.h. Die Krankenakte wird EDV basiert geführt.

Verantwortlich für die Datenverarbeitung sind das Team der Praxis Dr. Robert Pietschmann, Seestr. 11, 23743 Grömitz mit den zahnmedizinischen Fachangestellten.

2. Zweck der Datenverarbeitung

Die Datenverarbeitung erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben, um den Behandlungsvertrag zwischen Ihnen und Ihrem Zahnarzt und die damit verbundenen Pflichten zu erfüllen.

Hierzu verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten, insbesondere Ihre Gesundheitsdaten. Dazu zählen Anamnesen, Diagnosen, Therapievorschlüsse und Befunde, die wir oder andere Zahnärzte erheben. Zu diesen Zwecken können uns auch andere Zahnärzte oder Ärzte, bei denen Sie in Behandlung sind, Daten zur Verfügung stellen (z.B. Arztbriefe). Das schließt auf Krankenhäuser, das von uns beauftragte Zahnarztlabor und von uns beauftragte Pathologen mit ein.

Die Erhebung von Gesundheitsdaten ist Voraussetzung für Ihre Behandlung. Werden die notwendigen Informationen nicht bereitgestellt, kann eine sorgfältige Behandlung nicht erfolgen.

3. Empfänger Ihrer Daten

Wir übermitteln Ihre personenbezogenen Daten nur an Dritte, wenn dies gesetzlich erlaubt ist oder Sie eingewilligt haben. Im Hause hat Herr Dr. Pietschmann oder eventuelle Vertretung und die zahnmedizinischen Fachangestellten Einsicht.

Die Übermittlung erfolgt überwiegend zum Zwecke der Abrechnung der bei Ihnen erbrachten Leistungen, zur Klärung von zahnmedizinischen und sich aus Ihrem Versicherungsverhältnis ergebenden Fragen. Im Einzelfall erfolgt die Übermittlung der Daten an weitere berechnete Empfänger.

Empfänger Ihrer personenbezogenen Daten können vor allem andere Zahnärzte oder Ärzte, die Kassenzahnärztliche Vereinigung, ihre Krankenkasse, der Medizinische Dienst der Krankenversicherung, Zahnärztekammern und private Zusatzversicherungen oder Labore sein, von wo ggf. eine separate Rechnung entsprechend ihrer Einwilligung erfolgt.

Wenn von Ihnen mündlich gewünscht, leiten wir ihr Rezept auch an die Apotheke ihres Vertrauens persönlich oder per Fax weiter.

In der Praxis ist uns Diskretion sehr wichtig. Wir werden Sie beim Aufrufen aus dem Wartezimmer oder am Telefon aber gerne weiter mit Ihrem Namen ansprechen, wenn Sie dem nicht ausdrücklich widersprechen.

4. Speicherung Ihrer Daten

Wir bewahren Ihre personenbezogenen Daten nur solange auf, wie dies für die Durchführung der Behandlung erforderlich ist. Aufgrund rechtlicher Vorgaben sind wir dazu verpflichtet, diese Daten mindestens 10 Jahre nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren. Nach anderen Vorschriften können sich längere Aufbewahrungsfristen ergeben, zum Beispiel 30 Jahre bei Röntgenaufzeichnungen laut Paragraf 28 Absatz 3 der Röntgenverordnung.

5. Ihre Rechte

Sie haben das Recht, über die Sie betreffenden personenbezogenen Daten Auskunft zu erhalten. Auch können Sie die Berichtigung unrichtiger Daten verlangen. Darüber hinaus steht Ihnen unter bestimmten Voraussetzungen das Recht auf Löschung von Daten, das Recht auf Einschränkung der Datenverarbeitung sowie das Recht auf Datenübertragbarkeit zu. Die Verarbeitung Ihrer Daten erfolgt auf Basis von gesetzlichen Regelungen. Nur in Ausnahmefällen benötigen wir erneut Ihr Einverständnis. In diesen Fällen haben Sie das Recht, die Einwilligung für die zukünftige Verarbeitung zu widerrufen. Sie haben ferner das Recht, sich bei der zuständigen Aufsichtsbehörde für den Datenschutz zu beschweren, wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht rechtmäßig erfolgt.

Zuständige Aufsichtsbehörde: Landesamt für soziale Dienste Schleswig-Holstein
Dezernat Gesundheitsberufe - Adolf - Westphal - Str. 4, 24143 Kiel, T.: 0431-9880

6. Rechtliche Grundlagen

Rechtsgrundlage für die Verarbeitung Ihrer Daten ist Artikel 9 Absatz 2 lit. h) DSGVO in Verbindung mit Paragraf 22 Absatz 1 Nr. 1 lit. b) Bundesdatenschutzgesetz. Sollten Sie Fragen haben, können Sie sich gerne an uns wenden.

7. Schweigepflichtsentbindung – nur wenn gewünscht -

Von folgenden Personen meines Vertrauens dürfen meine Rezepte/Überweisungen oder ähnliche Schriftstücke abgeholt werden:

1.

Ich entbinde die Praxis von der Schweigepflicht gegenüber folgender/n Person/en:

1.

Die obigen Informationen habe ich erhalten, gelesen und verstanden und erkläre mich damit einverstanden.

Ort/Datum

Unterschrift