



Name _____

geb.am _____

Anschrift _____

Email _____

Telefon/Mobil _____ / _____

Beruf _____

Zutreffendes bitte ankreuzen

Herzerkrankung	ja ()	nein ()
Herzschrittmacher/künstl. Herzklappen	ja ()	nein ()
Hoher Blutdruck	ja ()	nein ()
Niedriger Blutdruck	ja ()	nein ()
Ohnmachtsneigung	ja ()	nein ()
Blutungsneigung / Bluterkrankung	ja ()	nein ()
Rheuma	ja ()	nein ()
Diabetes	ja ()	nein ()
Schilddrüsenerkrankung	ja ()	nein ()
Lebererkrankung (Hepatitis)	ja ()	nein ()
Magen- / Darmerkrankungen	ja ()	nein ()
Nierenerkrankung	ja ()	nein ()
Lungenerkrankung / Asthma	ja ()	nein ()
Nasen- / Nebenhöhlenerkrankung	ja ()	nein ()
Epilepsie	ja ()	nein ()

Haben Sie eine sonstige schwerwiegende Erkrankung wenn ja, welche? ja () nein ()

Haben Sie Allergien? wenn ja, welche? ja () nein ()

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?

Sind Sie Raucher? wenn ja, wieviele Zigaretten täglich? ja () nein ()

Für unsere weiblichen Patienten: Sind Sie schwanger? wenn ja, in welchem Monat? ja () nein ()

Nehmen Sie Blutverdünner? (Marcumar, Eliquis, ASS,..etc wenn ja, welche? ja () nein ()

Haben Sie einen Pflegegrad? wenn ja, welchen? Ja () nein ()

Möchten Sie an einen Vorsorgetermin erinnert werden? wenn ja, wie? Ja () nein ()
Per Brief () oder Email ()

Datum _____

Unterschrift _____

PATIENTENINFORMATION ZUM DATENSCHUTZ

Informationen zu der ab 25.05.2018 geltenden Datenschutzgrundverordnung:

Die Datenschutzgrundverordnung (DSVGO) ist ab dem 25.05.2018 in der gesamten europäischen Union wirksam und sorgt dann für eine einheitliche Regelung zum Schutz von personenbezogenen Daten.

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

Verantwortlich für die Datenverarbeitung ist:

Dr.med.dent.Holger Maßen, Remigiusstr.1a, 41747 Viersen

2. ZWECK DER DATENVERARBEITUNG

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

Hierzu verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten, insbesondere Ihre Gesundheitsdaten. Dazu zählen Anamnesen, Diagnosen, Therapievorschläge und Befunde, die wir oder andere Ärzte/ZahnArzte erheben. Zu diesen Zwecken können uns auch andere Ärzte oder ZahnArzte, bei denen Sie in Behandlung sind, Daten zur Verfügung stellen (z. B. in Arztbriefen).

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 dann an Dritte, wenn dies gesetzlich erlaubt ist und/oder Sie eingewilligt haben.

Empfänger Ihrer personenbezogenen Daten können vor allem andere Ärzte/ZahnArzte, KassenArztliche und -zahnArztliche Vereinigungen, Krankenkassen, der Medizinische Dienst der Krankenversicherung, ZahnArztekammern und privatArztliche Verrechnungsstellen sein.

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

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 Rontgenaufzeichnungen 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 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 Aufsichtsbehore für den Datenschutz zu beschweren, wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht rechtmäßig erfolgt.

Die Anschrift der für uns zuständigen Aufsichtsbehore lautet:

Landesbeauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit NRW, Postfach 200444, 40102 Düsseldorf

(www.lidi.nrw.de)

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 gern an uns wenden.

Ihr Praxisteam

zur Kenntnis genommen _____

Datum Unterschrift Patient(in) / Erziehungsberechtigte(r) / Vormund