

Pat. - Nr.:

Bitte Zutreffendes in Blockschrift ausfüllen:

Patienten-Name: geb. am:
Straße: Anzahl Geschwister:
Wohnort: Telefon:
Name des Vaters: geb. am:
Name der Mutter: geb. am:
Versichert bei: Vater Mutter selbst
Bei getrennt lebenden Eltern - Adresse Versicherter:
Beruf / Arbeitgeber:
Krankenkasse / Zweigstelle:
Sonstige Kostenträger (z.B. Beihilfe, Sozialamt o.ä.):
Behandelnder Zahnarzt:
Empfohlen durch:

Es wurde bereits eine frühere kieferorthopädische Behandlung
von bis durchgeführt.

Name und Anschrift des behandelnden Kieferorthopäden:

Hat eine kieferorthopädische Behandlung bei
 Geschwistem Vater Mutter stattgefunden?

Nach der Röntgenverordnung besteht die Verpflichtung, folgende Fragen zu stellen:

Sind von dem Patienten innerhalb der letzten 12 Monate
Zahn- bzw. Kieferaufnahmen gemacht worden? Ja Nein

° Wenn ja, bei welchem Zahnarzt?

Zusätzliche Frage für weibliche Patienten:
° Besteht zur Zeit eine Schwangerschaft? Ja Nein Ungewiß

Bestehen Allgemeinerkrankungen? Ja Nein
° wenn ja, welche?

Bestehen Allergien? Ja Nein
° wenn ja, wogegen?

Nimmt der Patient regelmäßig Medikamente? Ja Nein
° wenn ja, welche?

Sind die Mandeln / Polypen entfernt worden? Ja Nein

Findet zur Zeit oder fand eine psychiatrische Behandlung statt? Ja Nein

Besucht der/die Patient/in eine Ganztagschule? Ja Nein

Abrechnungsrelevante Patienten-Daten dürfen an eine
Abrechnungsstelle weitergegeben werden. Als Behand-
lungsauftrag gilt das Einverständnis zur Anfertigung
der Unterlagen (Abdrücke, Röntgen etc.). Dies gilt auch
für Zwischenuntersuchungen während der Behandlung.
Die Behandlung kann aus pädagogischen Gründen teilweise
in einem gemeinsamen Raum stattfinden.

.....
Datum / Unterschrift des Patienten, bzw. des Erziehungsberechtigten

PATIENTENINFORMATION NACH ART. 13 DSGVO

Datenschutz

Liebe Patienten, liebe Patienteneltern,

In unserer Praxis werden personenbezogene Daten verarbeitet. Verantwortlich für die Datenerhebung ist:

Dr. A. Dommack, Königstrasse 74-76, 53332 Bornheim

1. Verarbeitete Daten

Wir erheben, speichern und nutzen im Rahmen der kieferorthopädischen Behandlung Sie / Ihr Kind betreffende personenbezogene Daten (Personalien, Versicherungsstatus etc.). Dabei handelt es sich zum Teil um Gesundheitsdaten. (Befundunterlagen, Röntgenbilder, diagnostische und therapeutische Unterlagen etc.).

2. Verarbeitungszwecke:

Die Verarbeitung erfolgt für folgende Zwecke:

- Feststellung der Identität
- Erbringung Zahnärztlicher/kieferorthopädischer Dienstleistungen
- Dokumentation der Behandlung
- Abwicklung des Zahlungsverkehr; Abrechnung der Leistungen
- Erfüllung eigener gesetzlicher und vertraglicher Informations-, Mitteilungs-, Auskunfts-, aufbewahrungs- und sonstiger Pflichten
- Abwehr von Haftungsansprüchen/Durchsetzung von eigenen Vertragserfüllungsansprüchen
- Außergerichtliche und gerichtliche Forderungsbeitreibung für den Fall der Nichtzahlung durch den Patienten (auch über Dritte)
- Recall-Anschreiben zur Verlaufskontrolle
- postalische/digitale Terminerinnerung

3. Rechtsgrundlagen der Verarbeitung:

Die Verarbeitung der Daten erfolgt auf Grundlage der folgenden Regelungen

- Art. 6 DSGVO
- Bundesmantelvertrag- Zahnärzte BMVZ
- Ersatzkassenvertrag Zahnärzte (EKV-Z)
- Sozialgesetzbuch
- Bürgerliches Gesetzbuch

4. Empfänger personenbezogener Daten:

Wir übermitteln Ihre Daten im Rahmen des Zulässigen und soweit erforderlich an

- Kassenzahnärztliche Vereinigung (KZV)
- Zahnärztliche Abrechnungsgesellschaften (soweit eine gesonderte Einwilligung vorliegt)
- Anwälte, Gerichte, Behörden und/oder Vollstreckungsorgane (im Falle von Nichtzahlung von Behandlungshonoraren)
- Mit- oder Nachbehandelnde (Zahn)ärzte (inklusive Zusendung von Befundunterlagen)
- Zahntechniker/Fremdlabore

5. Aufbewahrung und Löschung

Wir bewahren Ihre Daten für die Dauer der gesetzlichen Aufbewahrungsfristen auf. Im Anschluss löschen wir Ihre Daten, soweit nicht ein besonderes Interesse an der weiteren Aufbewahrung besteht.

6. Ihre Rechte

- Recht auf Auskunft, Berichtigung, Löschung, Einschränkung der Verarbeitung und Datenübertragbarkeit
- Widerspruchsrecht gegen Verarbeitung, die auf berechnigte Interessen des Verantwortlichen oder eines Dritten gestützt werden (Art. 6 Abs. 1f DSGVO)
- Soweit die Verarbeitung auf Ihrer Einwilligung beruht, sind Sie berechnigt, die Einwilligung jederzeit zu widerrufen, ohne dass die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung berührt wird.
- Sie haben gemäß Art. 77 DSGVO das Recht, sich bei der Aufsichtsbehörde zu beschweren, wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung ihrer personenbezogenen Daten nicht rechtmäßig erfolgt. Die Anschrift der für unser Unternehmen zuständigen Aufsichtsbehörde lautet:
Landesbeauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit
Nordrhein-Westfalen
Postfach 20 04 44
40102 Düsseldorf

7. Verpflichtung zur Bereitstellung durch Sie als Betroffene:

Die Verarbeitung der genannten Daten ist für die Durchführung der Behandlung erforderlich. Im Rahmen einer vertragszahnärztlichen Behandlung sind Sie gesetzlich verpflichtet, die erforderlichen Informationen im Rahmen Ihrer Mitwirkungspflicht zu erteilen. Ohne die Verarbeitung insbesondere von Gesundheitsdaten können wir den Behandlungsvertrag nicht durchführen und müssten eine (Fortführung der) Behandlung ablehnen. Soweit wir Daten zum Zwecke der Abrechnung unserer Leistungen verarbeiten, geschieht dies teilweise zur Verwaltungsvereinfachung in unserer Praxis. Wird eine Einwilligung in diese Datenverarbeitung nicht erteilt, können wir, soweit wir nicht zur Durchführung der Behandlung gleichwohl verpflichtet sind (z.B. Notfallbehandlung), die (Fortführung der) Behandlung von der Einwilligung abhängig machen.

Ort/Datum

Unterschrift Patient/Erziehungsberechnigter