

PATIENTENINFORMATION ZUM DATENSCHUTZ

Der Schutz Ihrer personenbezogenen Daten und insbesondere Ihrer Gesundheitsdaten ist uns wichtig. Nach der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) informieren wir Sie darüber, welche personenbezogenen Daten wir verarbeiten, zu welchen Zwecken dies erfolgt, an wen Daten übermittelt werden können und welche Rechte Sie haben.

1. VERANTWORTLICHER FÜR DIE DATENVERARBEITUNG

Verantwortlich für die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten ist:

Zahnarztpraxis Dr. Fabian Görlach

Neugablonzer Str. 25
87600 Kaufbeuren
Telefon: 08341 3346

Sofern in unserer Praxis ein Datenschutzbeauftragter bestellt ist, erhalten Sie dessen Kontaktdaten auf Anfrage bzw. über unsere Praxis.

2. ZWECKE DER DATENVERARBEITUNG

Wir verarbeiten Ihre personenbezogenen Daten insbesondere zur Durchführung und Dokumentation Ihrer zahnärztlichen Behandlung, zur Terminverwaltung, zur Abrechnung und zur Erfüllung gesetzlicher Pflichten. Hierzu können insbesondere folgende Daten verarbeitet werden: Stamm- und Kontaktdaten (z. B. Name, Anschrift, Telefonnummer, Geburtsdatum) Gesundheitsdaten, insbesondere Anamnese, Befunde, Diagnosen, Behandlungs- und Röntgendaten Daten zur Krankenversicherung und Abrechnung Termin- und organisatorische Daten Die Verarbeitung von Gesundheitsdaten ist für die sachgerechte Behandlung und deren Dokumentation erforderlich. Werden notwendige Informationen nicht bereitgestellt, kann eine sorgfältige Behandlung unter Umständen nicht erfolgen.

3. RECALL UND TERMINERINNERUNGEN

Wir können Sie telefonisch an anstehende bzw. erforderliche Kontroll- oder Behandlungstermine erinnern (Recall). Hierfür verwenden wir die von Ihnen mitgeteilten Kontaktdaten. Derzeit bietet unsere Praxis keine Online-Terminbuchung an.

4. RECHTSGRUNDLAGEN

Die Verarbeitung erfolgt je nach Zweck insbesondere auf Grundlage von Art. 6 Abs. 1 lit. b und c DSGVO sowie – soweit Gesundheitsdaten betroffen sind – Art. 9 Abs. 2 lit. h DSGVO. Weitere gesetzliche Pflichten können insbesondere die Dokumentation, Abrechnung und Aufbewahrung von Behandlungsunterlagen betreffen. Soweit im Einzelfall eine Einwilligung erforderlich ist, erfolgt die Verarbeitung auf Grundlage Ihrer Einwilligung. Eine erteilte Einwilligung können Sie mit Wirkung für die Zukunft widerrufen; die Rechtmäßigkeit der bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung bleibt unberührt.

5. EMPFÄNGER BZW. KATEGORIEN VON EMPFÄNGERN

Ihre Daten werden nur übermittelt, wenn hierfür eine rechtliche Grundlage besteht oder eine erforderliche Einwilligung vorliegt. Je nach Behandlung und Abrechnung können insbesondere folgende Empfänger bzw. Empfängerkategorien in Betracht kommen: gesetzliche oder private Krankenversicherungen und deren Abrechnungsstellen Kassenzahnärztliche Vereinigungen und sonstige gesetzlich vorgesehene Stellen Zahnärztliche oder ärztliche Mitbehandler, soweit dies für die Behandlung erforderlich und zulässig ist zahnmedizinische Labore, soweit dies zur Anfertigung bzw. Bearbeitung von Zahnersatz, Schienen oder anderen zahntechnischen Leistungen erforderlich ist externe Dienstleister, die uns bei der Verarbeitung unterstützen und mit denen die erforderlichen datenschutzrechtlichen Vereinbarungen bestehen Eine Übermittlung in ein Drittland außerhalb der EU/des EWR erfolgt nur, soweit die gesetzlichen Voraussetzungen der DSGVO erfüllt sind.

6. SPEICHERUNG UND AUFBEWAHRUNG

Wir speichern personenbezogene Daten nur so lange, wie dies für die jeweiligen Zwecke erforderlich ist oder gesetzliche Aufbewahrungspflichten bestehen. Behandlungsakten sind grundsätzlich mindestens zehn Jahre nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren, soweit nicht andere gesetzliche Vorschriften längere Aufbewahrungsfristen vorsehen. Nach Ablauf der jeweiligen Fristen werden die Daten gelöscht bzw. Unterlagen datenschutzgerecht vernichtet, sofern keine andere gesetzliche Pflicht oder ein berechtigter Grund für eine weitere Aufbewahrung besteht.

7. IHRE RECHTE

Sie haben nach Maßgabe der gesetzlichen Voraussetzungen insbesondere folgende Rechte: Recht auf Auskunft über die zu Ihrer Person verarbeiteten Daten (Art. 15 DSGVO) Recht auf Berichtigung unrichtiger Daten (Art. 16 DSGVO) Recht auf Löschung (Art. 17 DSGVO), soweit die gesetzlichen Voraussetzungen erfüllt sind Recht auf Einschränkung der Verarbeitung (Art. 18 DSGVO) Recht auf Datenübertragbarkeit (Art. 20 DSGVO), soweit die Voraussetzungen erfüllt sind Recht auf Widerspruch gegen bestimmte Verarbeitungen (Art. 21 DSGVO), soweit die gesetzlichen Voraussetzungen erfüllt sind Recht auf Widerruf einer Einwilligung mit Wirkung für die Zukunft, sofern die Verarbeitung auf einer Einwilligung beruht Bitte beachten Sie, dass diese Rechte gesetzlichen Einschränkungen unterliegen können, insbesondere wenn gesetzliche Aufbewahrungs- oder Dokumentationspflichten bestehen.

8. BESCHWERDERECHT BEI DER AUFSICHTSBEHÖRDE

Wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten gegen Datenschutzrecht verstößt, haben Sie das Recht, sich bei einer Datenschutzaufsichtsbehörde zu beschweren. Für unsere Praxis ist insbesondere folgende Aufsichtsbehörde zuständig:

Bayerisches Landesamt für Datenschutzaufsicht (BayLDA)

Promenade 18
91522 Ansbach
Telefon: 0981 180093-0
E-Mail: poststelle@lda.bayern.de

9. DATENSCHUTZ UND VERTRAULICHKEIT

Wir behandeln Ihre personenbezogenen Daten vertraulich und treffen angemessene technische und organisatorische Maßnahmen, um Ihre Daten vor Verlust, Missbrauch, unbefugtem Zugriff und sonstigen unzulässigen Verarbeitungen zu schützen. Wenn Sie Fragen zum Datenschutz in unserer Praxis haben, können Sie sich jederzeit an uns wenden.

Herzlich Willkommen in unserer Zahnarztpraxis Dr. Fabian Görlach

Patient: _____ ☐ m ☐ w ☐ d
Name Vorname geb. Geschlecht

Anschrift: _____
Straße PLZ, Wohnort Telefon/ Handy

Erziehungsberechtigte: ☐ Mutter ☐ Vater ☐ beide ☐ andere: _____

Mit versichert bei: ☐ Mutter ☐ Vater Ist Ihr Kind: ☐ gesetzlich Versichert ☐ Privat Versichert

Name und Geburtsdatum des Versicherten: _____

Krankenkasse: _____ Zusatzversicherung: _____

Name des Kinderarztes: _____

Fand bereits eine zahnärztliche Behandlung statt? ☐ Ja ☐ Nein Wenn ja, wann? _____

Ist Ihr Kind gegenüber dem Zahnarzt eher: ☐ kooperativ ☐ verweigernd ☐ ängstlich ☐ erster Zahnarzt Besuch

Hat Ihr Kind schon einmal eine Betäubungsspritze bekommen? _____

Hatte Ihr Kind schon einmal einen Unfall im Mund/Kieferbereich? _____

Trifft eine der nachfolgenden Krankheiten auf Ihr Kind zu?

- | | | |
|--|--|---|
| ☐ Lernschwäche (ADHS) | ☐ Autismus | |
| ☐ Anfallsleiden (z.B. Epilepsie) | ☐ Asthma | ☐ chronische Bronchitis |
| ☐ Diabetes | ☐ Blutungsneigung | ☐ Nervenerkrankung |
| ☐ Lebererkrankung / Gelbsucht | ☐ Immunschwäche (AIDS) | ☐ Infektionskrankheit (Hepatitis) |

Ist Ihr Kind Tetanus geimpft? ☐ Ja ☐ Nein

Hat oder hatte Ihr Kind eine Erkrankung des Herzens? ☐ Nein ☐ Ja, Welche?

☐ angeborener oder erworbener Herzfehler? _____

☐ Herzoperationen? _____

☐ Sonstiges? _____

Bestehen/ bestanden sonstige Erkrankungen? _____

- Hat Ihr Kind Allergien? ☐ Nein ☐ Ja, Welche? _____

- Nimmt Ihr Kind Medikamente ein? ☐ Nein ☐ Ja, Welche? _____

- Atmet Ihr Kind durch den Mund? ☐ Nein ☐ Ja

Ist Ihr Kind bereits in Kieferorthopädischer Betreuung? ☐ Nein ☐ Ja, wo? _____

Dürfen wir bei Bedarf Ihr Kind röntgen? ☐ Nein ☐ Ja

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Kenntnisnahme und die Richtigkeit aller Angaben sowie die Patienteninformation zum Datenschutz gelesen und akzeptiert zu haben.

KF, den _____ Unterschrift _____

Für das nächste mal: KF, den _____ Unterschrift _____

Für das nächste mal: KF, den _____ Unterschrift _____

Mundhygiene – Anamnese

Wer putzt die Zähne? ☐ Kind allein ☐ Eltern allein ☐ zusammen (Eltern putzen nach)

Wann werden die Zähne geputzt?

- | | | |
|------------------------------|--------------------------|----------------------------|
| – vor dem Frühstück | ☐ Ja | ☐ Nein |
| – nach dem Frühstück | ☐ Ja | ☐ Nein |
| – nach dem Mittagessen | ☐ Ja | ☐ Nein |
| – direkt nach dem Abendessen | ☐ Ja | ☐ Nein |
| – kurz vor'm zu Bett gehen | ☐ Ja | ☐ Nein |

Womit werden die Zähne gereinigt?

- | | | | |
|-------------------|---------------------------------------|--|---|
| – Zahnbürste: | ☐ Hand-Zahnbürste | ☐ elektr. Zahnbürste | ☐ Schall-Zahnbürste |
| – Zahnseide | | ☐ Ja | ☐ Nein |
| – Zahnseidesticks | | ☐ Ja | ☐ Nein |
| – Munddusche | | ☐ Ja | ☐ Nein |
| – Mundspülung | | ☐ Ja | ☐ Nein |

Erhält Ihr Kind Fluorid?

☐ Ja, in welcher Form? ☐ Nein

- | | | |
|----------------------------------|--------------------------|----------------------------|
| – Fluoridhaltige Zahnpasta | ☐ Ja | ☐ Nein |
| – Fluorid-Tabletten (Floretten) | ☐ Ja | ☐ Nein |
| – Fluorid / Vitamin-C Tropfen | | |
| – Fluorid-Gel (z.B. Elmex Gelee) | ☐ Ja | ☐ Nein |
| – Fluoridiertes Speisesalz | ☐ Ja | ☐ Nein |

Welche Zahnpasta benutzt Ihr Kind? _____

- Macht ihr Kind eigenständig die Zahnpasta auf die Zahnbürste? ☐ Ja ☐ Nein

Ernährungsanamnese

Isst Ihr Kind gerne Süßigkeiten? ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, wie oft? ☐ Selten ☐ 1-2 mal wöchentl. ☐ 1 x täg. ☐ mehrmals tägl.

Was trinkt Ihr Kind?

- | | | | | | |
|-------------------|----------------------------|--------------------------|-------------|--------------------------------|----------------------------|
| – Tee | ☐ Nein | ☐ Ja | mit Zucker: | ☐ Ja | ☐ Nein |
| – Milch | ☐ Nein | ☐ Ja | | ☐ Manchmal | |
| – Kakao | ☐ Nein | ☐ Ja | | ☐ Manchmal | |
| – Fruchtsaft | ☐ Nein | ☐ Ja | | ☐ Manchmal | |
| – Wasser | ☐ Nein | ☐ Ja | | ☐ Manchmal | |
| – Limonade/ Cola | ☐ Nein | ☐ Ja | | ☐ Manchmal | |
| – Smoothie | ☐ Nein | ☐ Ja | | ☐ Manchmal | |
| – Energiegetränke | ☐ Nein | ☐ Ja | | ☐ Manchmal | |

Woraus wird getrunken? ☐ Becher/Glas ☐ (Nuckel-) Flasche ☐ Tasse ☐ Strohhalm

Was isst Ihr Kind zu den Hauptmahlzeiten?

- | | | | |
|----------------------------|----------------------------|--------------------------|--------------------------------|
| – Marmeladen-/ Nutellabrot | ☐ Nein | ☐ Ja | ☐ Manchmal |
| – Käse-/Wurstbrot | ☐ Nein | ☐ Ja | ☐ Manchmal |
| – Müsli/ Cornflakes | ☐ Nein | ☐ Ja | ☐ Manchmal |
| – Obst/ Gemüse | ☐ Nein | ☐ Ja | ☐ Manchmal |
| – Salat | ☐ Nein | ☐ Ja | ☐ Manchmal |
| – Fast Food | ☐ Nein | ☐ Ja | ☐ Manchmal |

Was isst ihr Kind zwischendurch:

- | | | | |
|----------------|----------------------------|--------------------------|--------------------------------|
| – Quetschie | ☐ Nein | ☐ Ja | ☐ Manchmal |
| – Fruchtriegel | ☐ Nein | ☐ Ja | ☐ Manchmal |
| – Obst/ Gemüse | ☐ Nein | ☐ Ja | ☐ Manchmal |
| – Breze | ☐ Nein | ☐ Ja | ☐ Manchmal |

Für Kleinkinder:

Wie lang hat Ihr Kind aus der Flasche getrunken? ☐ Trinkt immer noch ☐ bis _____ Jahre

Benutzt Ihr Kind noch einen Schnuller? ☐ Nein ☐ Ja

Ist Ihr Kind ein Daumenlutscher? ☐ Nein ☐ Ja

Vielen Dank für Ihre Mithilfe