

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

Bevor wir uns über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Bitte beantworten Sie die Fragen in Ihrem Interesse genau. Dies ist wichtig für eine risikofreie Behandlung. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Patient: _____
Name, Vorname geb.

Adresse: _____
Straße, Nr. PLZ, Stadt

Telefon: _____
Telefon Handy Email

☐ gesetzlich versichert ☐ privat versichert ☐ Basistarif ☐ Beihilfe berechtigt

Krankenkasse: _____ Familienversichert bei: _____

Zahnzusatzversicherung: ☐ ja ☐ nein wenn ja, seit wann _____

Pflegegrad: ☐ ja ☐ nein wenn ja, Stufe ____ Gesetzlicher Betreuer: ☐ ja ☐ nein (befristet/unbefristet)

Eingliederungshilfe: ☐ ja ☐ nein (befristet/unbefristet)

Hausarzt, Name (wenn möglich Anschrift): _____

Bonusheft: ☐ ja ☐ nein

ANAMNESE-FRAGEBOGEN

Dieser Fragebogen ist eine wichtige Information für Ihren Zahnarzt; er verbleibt bei Ihren Akten. Bitte beantworten Sie aufgeführten Fragen in Ihrem Interesse genau:

Haben Sie Schmerzen? wenn ja, seit wann und welche Art? ☐ ja ☐ nein

Wann war Ihre letzte zahnärztliche Behandlung?

Wenn ja, wurde dort Röntgenaufnahme im Bereich der Zähne gemacht?

Reinigen Sie Ihre Zähne mehrmals täglich? ☐ ja ☐ nein

Tragen Sie herausnehmbaren Zahnersatz oder eine Schiene? ☐ ja ☐ nein
Wenn ja, seit wann und von uns oder einer anderen Zahnarztpraxis ?

Tragen Sie festsitzenden Zahnersatz, seit wann ? ☐ ja ☐ nein

Sind Sie Allergiker (z.B. Heuschnupfen, Arzneimittel)? Allergiepass ? ☐ ja ☐ nein

Hatten / haben Sie Herzerkrankungen (Endokarditis, Herzoperation usw.)?	☐ ja ☐ nein
Sind Sie zuckerkrank (Diabetes)? ☐ Typ1 ☐ Typ2	☐ ja ☐ nein
Neigen Sie zu Bewusstlosigkeit?	☐ ja ☐ nein
Besteht / bestand eine Lebererkrankung?	☐ ja ☐ nein
Leiden Sie an Bluthochdruck oder an einer Blutgerinnungsstörung?	☐ ja ☐ nein
Nehmen sie Medikamente ein , welche die Blutgerinnung hemmen (z.B. Marcumar)	☐ ja ☐ nein
Haben oder hatten Sie Tuberkulose?	☐ ja ☐ nein
Haben Sie sonstige Erkrankungen (wie MS, Krebs, HIV, (Aids), Hepatitis A B C,.....)?	☐ ja ☐ nein
Leiden Sie unter Asthma (schwere Atemnot)?	☐ ja ☐ nein
Haben oder hatten Sie eine Schilddrüsenerkrankung? (zutreffendes unterstreichen)	☐ ja ☐ nein
Sind Sie Raucher, wenn ja, wie viel täglich?	☐ ja ☐ nein
Leiden oder litten Sie an einer Alkoholkrankheit?	☐ ja ☐ nein
Nehmen Sie Antidepressiva? Welche?	☐ ja ☐ nein
Waren Sie innerhalb der letzten 2 Jahren im Krankenhaus oder in ärztlicher Behandlung? Wenn ja, weswegen?	☐ ja ☐ nein
Sind Sie im letzten Jahr operiert worden?	☐ ja ☐ nein
Wenn ja, in welchem Körperbereich?	
Haben Sie ein Organtransplantat, künstl. Gelenk, Herzschrittmacher?	☐ ja ☐ nein
Leiden Sie an einer Augenkrankheit?	☐ ja ☐ nein
Nehmen Sie Medikamente? Wenn ja, welche? Wenn möglich Medikamentenplan vorlegen?	☐ ja ☐ nein
Sind bei Ihnen jemals Unverträglichkeiten oder eine Allergie gegen Medikamente oder Spritzen aufgetreten?	☐ ja ☐ nein
Sind Sie schwanger?	☐ ja ☐ nein

Bitte nächste Seite beachten !

Ich bin damit einverstanden wenn die Notwendigkeit besteht, dass eine Lokalanästhesie (lokale Betäubung) durchgeführt wird.

Ich bin darüber informiert, dass es dabei im Oberkiefer wie auch im Unterkiefer und an der Zunge in sehr seltenen Fällen zu Irritationen kommen kann (Taubheitsgefühl, Kribbeln).

Die Irritationen verschwinden in aller Regel wieder.

Ich nehme zur Kenntnis, dass nach zahnärztlich-chirurgischen Eingriffen unter örtlicher Betäubung die aktive Teilnahme am Straßenverkehr für mehrere Stunden mit einem erhöhten Unfallrisiko einhergehen kann.

Achtung! durch Betäubungsspritzen kann die Fahrtüchtigkeit beeinträchtigt werden!

Unterschrift

Unsere Praxis arbeitet nach dem Bestellsystem, dies bedeutet das wir jeden Termin individuell für Sie planen und reservieren. Sollten Sie Ihren Termin nicht einhalten können, bitten wir Sie diesen 24 Stunden vorher abzusagen . Bei unentschuldigtem Fernbleiben oder kurzfristiger Absage Ihres Termins, behalten wir uns vor ein Ausfallhonorar gemäß § 615 BGB in Rechnung zu stellen, dieses richtet sich nach der geplanten Behandlung!

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

Datum, Unterschrift des Patienten oder gesetzlicher Vertreter

Jährliche Kontrolle Ihrer Daten:

Nach Durchsicht und Prüfung bestätige ich, dass die vorangegangenen Angaben heute noch aktuell sind

Ort, Datum Unterschrift des Patienten

Nach Durchsicht und Prüfung bestätige ich, dass die vorangegangenen Angaben heute noch aktuell sind

Ort, Datum Unterschrift des Patienten

Nach Durchsicht und Prüfung bestätige ich, dass die vorangegangenen Angaben heute noch aktuell sind

Ort, Datum Unterschrift des Patienten

Nach Durchsicht und Prüfung bestätige ich, dass die vorangegangenen Angaben heute noch aktuell sind

Ort, Datum Unterschrift des Patienten

Nach Durchsicht und Prüfung bestätige ich, dass die vorangegangenen Angaben heute noch aktuell sind

Ort, Datum Unterschrift des Patienten

Vielen Dank für Ihre Mithilfe