

# ANAMNESEBOGEN

Sabah-Dentalmedizin • 25436 Tornesch



## Persönliche Daten:

Name Patient: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ geb. am. \_\_\_\_\_

Name Versicherter: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ geb. am: \_\_\_\_\_

Anschrift: Straße: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

E-Mail-Adresse: \_\_\_\_\_ Tel.Nr. \_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_

## Bitte ankreuzen:

(bei Kasse) gesetzlich versichert ( ) freiwillig versichert ( ) Zusatzversicherung ( )

(bei Privat) Standardtarif ( ) Basistarif ( ) Beihilfe ( )

## Leiden oder litten Sie an folgenden Erkrankungen ? Zutreffendes bitte ankreuzen:

Erkrankung des Herzens, wenn ja, welche \_\_\_\_\_ ja/nein

Erkrankung des Kreislaufes? Wenn ja, welche \_\_\_\_\_ ja/nein

Erkrankung des Blutes? Wenn ja, welche \_\_\_\_\_ ja/nein

Erkrankung der Augen? Wenn ja, welche \_\_\_\_\_ ja/nein

Erkrankung der Atemwege? Wenn ja, welche \_\_\_\_\_ ja/nein

Erkrankung Magen-Darm-Trakt? Wenn ja, welche \_\_\_\_\_ ja/nein

Erkrankung der Blase/Nieren? Wenn ja, welche \_\_\_\_\_ ja/nein

Erkrankung der Leber? Wenn ja, welche \_\_\_\_\_ ja/nein

Erkrankung des Bewegungsapparates? \_\_\_\_\_ ja/nein

Erkrankung des Zentralen Nervensystem? \_\_\_\_\_ ja/nein

Erkrankung des Stoffwechsels? \_\_\_\_\_ ja/nein

## Leiden oder litten Sie an folgenden Erkrankungen ? Zutreffendes bitte ankreuzen:

Erkrankung des Herzens, wenn ja, welche \_\_\_\_\_ ja/nein

Erkrankung des Kreislaufes? Wenn ja, welche \_\_\_\_\_ ja/nein

Erkrankung des Blutes? Wenn ja, welche \_\_\_\_\_ ja/nein

Erkrankung der Augen? Wenn ja, welche \_\_\_\_\_ ja/nein

Erkrankung der Atemwege? Wenn ja, welche \_\_\_\_\_ ja/nein

Erkrankung Magen-Darm-Trakt? Wenn ja, welche \_\_\_\_\_ ja/nein

Erkrankung der Blase/Nieren? Wenn ja, welche \_\_\_\_\_ ja/nein

Erkrankung der Leber? Wenn ja, welche \_\_\_\_\_ ja/nein

Erkrankung des Bewegungsapparates? \_\_\_\_\_ ja/nein

Erkrankung des Zentralen Nervensystem? \_\_\_\_\_ ja/nein

Erkrankung des Stoffwechsels? \_\_\_\_\_ ja/nein

Haut und/oder Geschlechtskrankheiten \_\_\_\_\_ ja/nein

HIV bzw. AIDS, Tuberkulose \_\_\_\_\_ ja/nein

Tumorerkrankungen/Bestrahlung/Chemotherapie \_\_\_\_\_ ja/nein

Osteoporose \_\_\_\_\_ ja/nein

Entzündung der Nebenhöhle/n \_\_\_\_\_ ja/nein

Wann war Ihr letzter Krankenhausaufenthalt? \_\_\_\_\_ ja/nein

## Sonstige Informationen:

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja, welche \_\_\_\_\_ ja/nein

Nehmen Sie regelmäßig Alkohol oder Drogen zu sich? \_\_\_\_\_ ja/nein

Sind Sie allergisch gegen bestimmte Medikamente? \_\_\_\_\_ ja/nein

Sind Ihnen Nebenwirkungen nach zahnärztlichen Spritzen bekannt? \_\_\_\_\_ ja/nein

Sind Sie schwanger? \_\_\_\_\_ ja/nein

Tornesch, den \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

## Patienteninformation zum Art. 13 DGSVO der Praxis

Sabah Dentalmedizin, Ahrenloher Str. 27 in 25436 Tornesch, Tel: 04122-5788

Verarbeitungszwecke/Rechtsgrundlage der Verarbeitung:

- Feststellung der Identität
- Durchführung des Zahlungsverkehrs
- (außer)gerichtliche Forderungseinziehung im Falle der Nichtzahlung
- Erbringung von zahnärztlichen sowie zahntechnischen Dienstleistungen
- zahnärztliche Berufsausübung im Sinne des Art. 12 DSGVO
- Erfüllung eigene gesetzlicher und vertraglicher Pflichten, wie z.B. Informations-, der Mitteilungs-, der Auskunft- und der Aufbewahrungspflicht sowie sonstiger Pflichten
- Abwehr von Haftungsansprüchen
- Durchsetzung von eigenen Vertragserfüllungsansprüchen

Mögliche Rechtsgrundlagen der Verarbeitung:

Die Einwilligung zur Verarbeitung personenbezogener Daten des Patienten gem. Art. 6 Abs. 1 lt. DSGVO liegt vor.

Sie haben die Möglichkeit die Einwilligung jederzeit zu widerrufen. Die Rechtmäßigkeit der Verarbeitung personenbezogener Daten bis zum Widerruf bleibt bestehen.

Die Verarbeitung ist für die Erfüllung einer rechtlichen Verpflichtung erforderlich, der unsere Praxis unterliegt (Art. 6 Abs. 1 lit.c) oder, um lebenswichtige Interessen der betroffenen Person oder einer anderen natürlichen Person zu schützen (Art. 6 Abs. 1 lit d) DSGVO  
Zur Wahrung des berechtigten Interesses der Praxis, insoweit die Zwecke aus den o.g. Punkten verfolgt werden (Art. 6 Abs. 1 lit.f) DSGVO.

Empfänger personenbezogener Daten:

- Spezialinstitute zur Übertragung von Forderungen/Abrechnungsdienstleister (Factoring-Unternehmen) zur Forderungseinziehung
- Zahnärztliche Abrechnungsgesellschaften zur Forderungseinziehung
- Zahntechniker/-labore zur Erbringung zahntechnischer Dienstleistungen
- Behörden, Gerichte und/oder Vollstreckungsorgane
- Banken zur Forderungseinziehung
- Schuldner einer gepfändeten Forderung oder bei der Abtretung der Schuldner einer abgetretenen Forderung zur Forderungseinziehung
- Parteien/Vertragspartner aus Sicherungsverträgen zur Forderungseinziehung
- Gläubiger des Betroffenen zur Forderungseinziehung
- Rechtsberatungsunternehmen zur Durchführung rechtsberatender Dienstleistungen
- Wirtschaftsberatungsunternehmen (sowie deren Vertreter) zur Durchführung wirtschaftsberatender Dienstleistungen
- Auskunftsteilen z. B. zur Bonitätsprüfung

Kriterien der Speicherdauer:

Die Verarbeitung personenbezogener Daten erfolgt bis zur vollständigen Erreichung des Erhebungszwecks, mindestens aber der gesetzlichen Aufbewahrungsfristen. Im Falle einer Weiterverarbeitung durch Dritte bis zur Erreichung des Weiterverarbeitungszwecks. Bei vollständiger Zweckerreichung werden die Daten gelöscht.

Ihre Rechte als Betroffener der Datenverarbeitung:

Ihnen stehen folgende Rechte gegenüber unserer Zahnarztpraxis gem. Art. 15-22 DSGVO zu: Auskunfts-, Berichtigungs-, Lösungsrecht, Recht auf Einschränkung der Verarbeitung, Recht auf Datenübertragbarkeit sowie Recht auf Widerspruch gegen die Verarbeitung personenbezogener Daten, darunter auch die aufgrund von Art. 6 Abs. 1 Buchstaben f erfolgt.

Beschwerderecht bei der Aufsichtsbehörde

Sollten Sie der Ansicht sein, das wir Ihre personenbezogenen Daten unrechtmäßig verarbeiten, haben Sie gem. Art. 77 DSGVO das Recht, sich bei der für unsere Praxis zuständigen Aufsichtsbehörde zu beschweren. Die Anschrift lautet:  
Unabhängiges Landeszentrum für Datenschutz Schleswig-Holstein, Holstenstr. 98, 24103 Kiel

Informationen über die Verpflichtung zur Bereitstellung von Daten durch Sie als Betroffener

Unsere Zahnarztpraxis erbringt zahnärztliche Behandlungsleistungen. Damit unsere Praxis die Leistungen erbringen kann, müssen Sie diejenigen personenbezogenen Daten bereitstellen, die für die Begründung, Durchführung, den Abschluss des Behandlungsverhältnisses und für die Vertragserfüllung und deren verbundenen Pflichten erforderlich sind. Diese Daten sind obligatorisch. Ohne diese Daten werden wir grundsätzlich die Durchführung und/oder den Abschluss des Behandlungsvertrages nicht umsetzen können. Ausnahmen bilden lediglich Notfallbehandlungen. Sollten Sie mit unserer Praxis eine Forderungseinbeziehung, z. B. Durch Ratenzahlung vereinbaren, würde eine solche Übereinkunft erst nach Abwägung weiterer, durch Sie zur Verfügung gestellten Informationen, wie z. B. Vermögensauskünften, Daten von Kreditinstitutionen oder Daten bzgl. des Beschäftigungsverhältnisses, zustande kommen können. Im Einzelfall weisen wir Sie vor Durchführung einer weiteren Datenerhebungssituation jeweils gesondert hin.

Gelesen und zur Kenntnis genommen.

Tornesch, den \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_