

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich begrüße Sie herzlich in meiner Praxis. Gerne gehen wir gleich auf Ihre Fragen persönlich ein, vorher bitten wir Sie jedoch noch um ein paar persönliche Angaben. Wir möchten Sie darauf hinweisen, dass wir Ihre Daten ausschließlich für Ihre Behandlung nutzen und nicht an Dritte weitergeben.

Bitte lesen Sie die nachfolgenden Texte aufmerksam durch. Sollten Sie Fragen dazu haben, wenden Sie sich bitte an meine Mitarbeiterinnen.

Name/ Vorname des Patienten

Geb. Datum

Bei Kindern: Name des Versicherten

Geb. Datum

Anschrift des Patienten: Straße/ Haus-Nr.

PLZ/Ort

**Telefon-Nr.:** Festnetz

Mobil

**E-Mail:**

Geburtsort:

Geburtsname:

Name der Krankenversicherung:

Bitte legen Sie uns Ihre Versicherungskarte vor.

Für unsere gesetzlich versicherten Patienten:

Haben Sie eine Zusatzversicherung abgeschlossen?

ja

nein

Führen Sie ein Bonusheft?

ja

nein

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

Freunde, Verwandte (Name

)

Telefonbuch, gelbe Seiten

Internet

Andere (Welche

)

**Ich stimme hiermit der Speicherung meiner personenbezogenen Daten für die Recall-Erinnerungen und Terminerinnerungen per SMS, Telefon, E-Mail und Brief zu. Zudem benutzen wir Ihre Daten für telefonische Rückfragen, Anforderung von Röntgenaufnahmen, sowie die Kommunikation mit Ihrer Krankenkasse und dem Zahntechnischen Labor.**

Sehr geehrter Patient,

die oben erfragten Angaben benötigen wir für die Abrechnung mit Ihrer Versicherung.  
Wir möchten Ihnen hier unsere Praxis vorstellen:

In dieser Praxis sind 2 Zahnärzte ganztags tätig. Unterstützt werden Sie bei ihrer Arbeit von z. Zt. fünf speziell ausgebildeten Assistentinnen, die selbstständig Behandlungen durchführen.

Sie kommen zur Behandlung in eine Bestellpraxis. Trotz, oder vielleicht gerade wegen der hohen Behandlerzahl, können wir Ihnen garantieren, dass Sie hier keine oder nur sehr kurze Wartezeiten haben. Ihre abgesprochenen Termine werden von uns minutiös geplant und reserviert. Der Vorteil für Sie: Keine Wartezeiten, Sie können Ihren weiteren Tagesverlauf grundsätzlich planen. Der Vorteil für uns: Wir haben ein leeres Wartezimmer, können „stressfrei“ mit Ihnen arbeiten.

**Dieses System funktioniert nur auf Gegenseitigkeit. Wie o. g.: wir haben ein leeres Wartezimmer, deshalb bitten wir Sie, Ihre Termine, sollten Sie sie nicht einhalten können, unbedingt 48 Stunden vorher abzusagen (hier läuft immer ein Band am Telefon). Von Ihnen reservierte und nicht genutzte Zeit stellen wir Ihnen in Rechnung (100,00 Euro/Stunde gemäß §§ 304, 615 BGB**

Für Ihre Behandlung benötigen wir bitte die Beantwortung der nachfolgenden Fragen: Hatten/haben Sie eine der folgenden Krankheiten?

Asthma	ja	nein	
Allergien	ja	nein	Welche?
Unverträgliche Medikamente	ja	nein	Welche?

Blutdruck	niedrig	normal	hoch
-----------	---------	--------	------

Herzinfarkt	Schlaganfall	Lähmungen	Herzerkrankung
-------------	--------------	-----------	----------------

Tragen Sie einen Herzschrittmacher	ja	nein
------------------------------------	----	------

Nehmen Sie zur Zeit oder regelmäßig Medikamente ein? (Bitte Medikamentenliste vorlegen)  
Wenn ja, welche?

Hatten Sie schon einmal eine Gelbsucht (Hepatitis A, B oder C)?	ja	nein
Hepatitis A	Hepatitis B	Hepatitis C

HIV (Aids)	ja	nein
Diabetes	ja	nein
Kreislaufkrankungen	ja	nein
Bluterkrankungen	ja	nein
Schilddrüsenerkrankung	ja	nein
Rheuma	ja	nein

Wann war die letzte Röntgenuntersuchung Ihrer Zähne?

Bei welchem Zahnarzt/ welcher Klinik können wir die Aufnahme anfordern?

Besteht zur Zeit eine Schwangerschaft?	ja	nein
--	----	------

**Hiermit bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben, sowie die Kenntnisnahme des Aufklärungstextes.**

Hamburg, den

Name, Vorname

Unterschrift

## PATIENTENINFORMATION ZUM DATENSCHUTZ

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. Jens Filitz
Praxisname:	Zahnarztpraxis Dr. Jens Filitz
Adresse (Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort):	Heidrehmen 6, 22589 Hamburg
Kontaktdaten (z.B. Telefon, E-Mail):	kontakt@dr-jens-filitz.de

Sie erreichen die zuständige Datenschutzbeauftragte unter:

Zahnarztpraxis Dr. Jens Filitz

Anschrift: Heidrehmen 6, 22589 Hamburg

Kontaktdaten: [kontakt@dr-jens-filitz.de](mailto:kontakt@dr-jens-filitz.de)

### 2. ZWECK DER DATENVERARBEITUNG

Die Datenverarbeitung erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben, um den Behandlungsvertrag zwischen Ihnen und Ihrem Arzt 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 erheben. Zu diesen Zwecken können uns auch andere Ärzte, 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 oder Sie eingewilligt haben.

Empfänger Ihrer personenbezogenen Daten können vor allem andere Ärzte, Kassenärztliche Vereinigungen, Krankenkassen, der Medizinische Dienst der Krankenversicherung, Ärztekammern und privatärztliche Verrechnungsstellen sein.

Die Übermittlung erfolgt überwiegend 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 berechtigte 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 Röntgenaufzeichnungen 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 Aufsichtsbehörde für den Datenschutz zu beschweren, wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht rechtmäßig erfolgt.

#### 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.

**Ich stimme hiermit der Speicherung meiner personenbezogenen Daten für die Recall-Erinnerungen und Terminerinnerungen per SMS, Telefon, E-Mail und Brief zu. Zudem benutzen wir Ihre Daten für telefonische Rückfragen, Anforderung von Röntgenaufnahmen, sowie die Kommunikation mit Ihrer Krankenkasse und dem Zahntechnischen Labor.**

Ihr Praxisteam

**Hiermit bestätige ich, dass ich die Informationen zum Datenschutz gelesen habe und akzeptiere.**

Hamburg, den

Nachname, Vorname

Unterschrift