

Anmeldung Neupatient

Datum _____

Bitte füllen Sie Datum und Unterschrift in der Praxis aus

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Geburtsort: _____

vollständ. Adresse: _____

Tel.Privat: _____

Tel.mobil: _____

E-Mail: _____

Beruf: _____

Arbeitgeber, Ort: _____

Tel. Arbeitsplatz: _____

Krankenversicherung: _____

pfllichtversichert: ja
 nein

**Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungs-
mitglied sind, wer ist Versicherter?**

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Wer soll die Rechnung erhalten?

Name: _____

Adresse: _____

Geburtsdatum: _____

Sind Sie Beihilfeberechtigter des öffentlichen

Dienstes? ja
 nein

Warum kommen Sie primär in unsere Praxis?

Wer hat Ihnen unsere Praxis empfohlen?

Ich habe eine private Zusatzversicherung.

Ich kann auch kurzfristig zum Termin erscheinen, gern dürfen Sie mich anrufen.

Ich wünsche eine Terminerinnerung per Mail

Prophylaxe

Die professionelle Zahnreinigung (PZR) ist eine private Leistung, die von den gesetzlichen Krankenkassen nicht bezahlt wird.

Ich möchte an Ihrem Prophylaxe - Recall teilnehmen

Wann und wo wurde die letzte Röntgenaufnahme von Zähnen oder Kiefer angefertigt?

Zeitpunkt: _____
Wenn Bilder jünger als 2 Jahre, bitte _____
Praxisname und -anschrift: _____

Bitte kreuzen Sie zutreffendes an.

- | <i>ja</i> | <i>nein</i> | |
|-----------|-------------|--------------------------------------------------|
| 0 | 0 | Haben Sie Zahnschmerzen? |
| 0 | 0 | Haben Sie häufig Kopfschmerzen? |
| 0 | 0 | Haben Sie Kiefergelenksschmerzen? |
| 0 | 0 | Haben Sie ein Knacken im Kiefergelenk? |
| 0 | 0 | Haben Sie Nackenschmerzen? |
| 0 | 0 | Sind Sie mit dem Aussehen Ihrer Zähne zufrieden? |

Fragen zum Gesundheitszustand: Bitte kreuzen Sie zutreffendes an.

- | <i>ja</i> | <i>nein</i> | |
|-----------|-------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|
| 0 | 0 | Haben Sie einen Pflegegrad?
Wenn ja, welchen? _____ |
| 0 | 0 | Wurden Sie in letzter Zeit ärztlich behandelt?
Wenn ja, wegen welcher Krankheit? _____ |
| 0 | 0 | Hatten Sie schon Operationen?
Wenn ja, welche? _____ |

Herz-/Kreislaufkrankungen: Bitte kreuzen Sie zutreffendes an.

- | <i>ja</i> | <i>nein</i> | |
|-----------|-------------|-------------------------------------------------------------|
| 0 | 0 | Herzinsuffizienz/-schwäche? |
| 0 | 0 | Angina pectoris (Herzschmerzen bei Belastung)? |
| 0 | 0 | Herzinfarkt: Jahr? _____ |
| 0 | 0 | Herzrhythmusstörungen? |
| 0 | 0 | Herzschrittmacher: Jahr? _____ |
| 0 | 0 | Herzklappenerkrankungen, künstliche Herzklappe: Jahr? _____ |
| 0 | 0 | zu hoher oder zu niedriger Blutdruck: Wert? _____ |
| 0 | 0 | Schlaganfall: Jahr? _____ |
| 0 | 0 | Endokarditis? |
| 0 | 0 | Durchblutungsstörungen? |

Haben Sie. Bitte kreuzen Sie zutreffendes an.

- | <i>ja</i> | <i>nein</i> | |
|-----------|-------------|------------------------------------------------------------------------------|
| 0 | 0 | Allergien?
Wenn ja, welche? _____ |
| 0 | 0 | Allergiepass? |
| 0 | 0 | Anfallsleiden (Epilepsie)? |
| 0 | 0 | Atemwegserkrankungen? Welche? _____ |
| 0 | 0 | Blutgerinnungsstörungen. Welche? _____ |
| 0 | 0 | Grüner Star? |
| 0 | 0 | Gendefekt? Welchen? _____ |
| 0 | 0 | Schilddrüsenerkrankung. Welche? _____ |
| 0 | 0 | Gelenkprothesen oder andere Implantate? _____ |
| 0 | 0 | Rheuma oder Arthritis? Entsprechendes bitte unterstreichen. |
| 0 | 0 | HIV positiv? |
| 0 | 0 | Osteoporose? |
| 0 | 0 | Creutzfeld-Jacob (CJ)? |
| 0 | 0 | MRSA? Wann? _____ Wo? _____ |
| 0 | 0 | Zuckerkrank?
0 Diabetes Typ 1? / 0 Diabetes Typ 2
andere Formen? _____ |

ja	nein	
0	0	Osteoporose?
0	0	Magen-/Darmerkrankung?
0	0	Nierenerkrankung?
0	0	Lebererkrankung?
0	0	Tumorerkrankung? Welchen Tumor? _____
0	0	Sind Sie schwanger? _____ Woche Stichtag: _____
0	0	Nehmen Sie Medikamente (welche)? _____

0	0	Sind Sie jemals kieferorthopädisch behandelt worden?
0	0	Haben Sie jemals Bisphosphonate (Medikament bei Brust-/Prostatakrebs, Osteoporose) eingenommen?
0	0	Raucher? Wenn ja, wieviele Zigaretten pro Tag? _____
0	0	Ehemaliger Raucher? Wann aufgehört? _____
0	0	Konsumieren Sie Betäubungsmittel? wann ja, wieviel und was? _____

Name und Anschrift Ihres Hausarztes oder des derzeit behandelnden Facharztes:

Hamburg, den _____

Bitte füllen Sie Datum und Unterschrift in der Praxis aus

Unterschrift

In unserer Praxis legen wir besonderen Wert auf eine genaue Terminplanung, um für den Patienten lästige Wartezeiten zu vermeiden.

Deshalb haben Sie bitte Verständnis dafür, dass wir für vereinbarte Behandlungszeiten, die nicht eingehalten oder kurzfristig (unter 24h vorher) abgesagt werden, 50% unserer Fixkosten in Rechnung stellen müssen.

Für jede angefangene halbe Stunde, die nicht eingehalten wird, kommen 90,- Euro auf Sie zu. Für jede nicht eingehaltene Zahnreinigung stellen wir 50 Euro in Rechnung.

Dieser Betrag beinhaltet kein zahnärztliches Honorar und deckt lediglich einen Teil der laufenden Praxiskosten.

Hamburg, den _____

Bitte füllen Sie Datum und Unterschrift in der Praxis aus

Unterschrift

Ich bin einverstanden, dass mir - falls notwendig - eine Lokalanästhesie gegeben wird (örtliche Betäubung). Ich bin darüber informiert, dass es dabei im Unterkiefer und an der Zunge in sehr seltenen Fällen zu Irritationen kommen kann (anhaltendes Taubheitsgefühl, Kribbeln), die in der Regel wieder verschwinden. Ich nehme zur Kenntnis, dass nach zahnärztlich-chirurgischen Eingriffen unter örtlicher Betäubung bei aktiver Teilnahme am Strassenverkehr für mehrere Stunden ein erhöhtes Unfallrisiko besteht.

Hamburg, den _____

Bitte füllen Sie Datum und Unterschrift in der Praxis aus

Unterschrift

Einverständniserklärung

Patient/Versicherter:

Dürfen wir Kontakt zu Ihnen aufnehmen? **O Ja** **O Nein**

Wenn Ja, wie dürfen wir das tun?

- Post E-Mail Handy Telefon privat
 Fax Telefon geschäftlich

Zu welchen Themen dürfen wir zu Ihnen Kontakt aufnehmen?

- Termin/ Terminabsprache Anfragen von Versicherungen
 Diagnostik Fragen von Laboren
 Behandlungsplanung/ Absprachen

Weitergabe von Behandlungsdaten an:

- Kieferorthopäde Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurg
 Fremdlabor Physiotherapeut Osteopath
 Heilpraktiker Hausarzt Kardiologe
 Diabetologe Rheumatologe
 sonstiges _____

Hamburg, den _____

Bitte füllen Sie Datum und Unterschrift in der Praxis aus

Unterschrift

Hiermit gebe ich mein Einverständnis, dass die Praxis Dr. Heike Meynberg meine Röntgenbilder verschlüsselt an einen weiterbehandelten Zahnarzt/ Arzt weiterleiten darf bzw. Röntgenbilder von Vorbehandlern anfordern kann.

Hamburg, den _____

Bitte füllen Sie Datum und Unterschrift in der Praxis aus

Unterschrift

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

im Rahmen Ihrer Behandlung müssen wir Daten zu Ihrer Person, Ihrem Versicherungsstatus und zu Ihrem Gesundheitszustand erheben. Selbstverständlich werden diese Informationen durch unsere Praxis mit der größtmöglichen Sorgfalt verwaltet.

Um Ihnen einen Überblick über die zu Ihnen geführten Daten und den Datenschutz der Praxis zu geben, anbei die folgende

Informationen:

In unserer Praxis ist für den Datenschutz verantwortlich und steht Ihnen bei Fragen zur Verfügung:

Praxisinhaber Dr. Heike Meynberg

Rechtsform der Praxis Einzelpraxis

Praxisadresse Große Elbstr. 68, 22767 Hamburg

Telefon 040 63 94 00 66

Telefax 040 63 94 00 67

E-Mail info@dr-meynberg.de

Wir erheben, speichern, nutzen, übermitteln oder löschen folgende personenbezogene Daten:

- Interessenten und Patienten unserer Praxis, die natürliche Personen sind
- Allen anderen natürlichen Personen, die in Kontakt mit unserer Praxis stehen (z.B. Bevollmächtigte von Patienten, Erziehungsberechtigte von Patienten, Mitarbeiter juristischer Personen, Besucher unserer Internetseite)

Personenbezogene Daten von Ihnen werden von uns erhoben, wenn Sie mit uns z.B. per E-Mail oder Telefon in Kontakt treten und einen Behandlungstermin ausmachen wollen. Erscheinen Sie zur Behandlung in unserer Praxis, werden von uns Daten zu Ihrem Versicherungsstatus sowie zum Gesundheitszustand und der durchgeführten Therapie erhoben. Dabei handelt es sich um besonders sensible Daten. Im weiteren werden Daten zur Abrechnung der erbrachten Leistungen verarbeitet.

Folgende persönliche Daten verarbeiten wir:

Persönliche Angaben (z.B. Vor- und Nachnamen, Adresse, Geburtsdatum und -ort, E-Mail-Adresse, Telefonnummer, Versicherungsstatus); Gesundheitsdaten (Anamnese, Befunde, Therapie)

Angaben zu Kindern erheben wir nur dann, wenn diese durch die Erziehungsberechtigten in unserer Praxis als Patient vorgestellt werden.

Im Falle der Abrechnung Ihrer Behandlung erhält Ihre gesetzliche Krankenkasse und die zuständige Kassenzahnärztliche Vereinigung die erforderlichen Behandlungsdaten. Sind Sie privat versichert, erhält Ihre Privatkasse nur dann Daten, wenn Sie uns ausdrücklich dazu auffordern, Ihre Daten an die Kasse zu übermitteln. Aufgrund gesetzlicher Prüfpflichten kann der Zahnarzt verpflichtet sein, Röntgenbilder zur Prüfung durch die zuständige Behörde an die Zahnärztliche Stelle Röntgen zu übersenden.

Wollen Sie per E-Mail oder über unser Kontaktformular einen Behandlungstermin vereinbaren oder eine Frage an uns richten, werden die von Ihnen mitgeteilten Daten (Ihre E-Mail-Adresse, ggf. Ihr Name und Ihre Telefonnummer) von uns gespeichert, um Ihnen einen Behandlungstermin zuweisen oder die Anfrage

beantworten zu können. Die in diesem Zusammenhang anfallenden Daten löschen wir, nachdem die Speicherung nicht mehr erforderlich ist, oder schränken die Verarbeitung ein, falls gesetzliche Aufbewahrungspflichten bestehen (Rechtsgrundlage ist Art. 6 Abs. 1 S. 1 lit. b DSGVO).

Um Sie im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung bzw. eines privat Zahnärztlichen Behandlungsverhältnisses zu behandeln und diese Leistungen gegenüber der Kassenzahnärztlichen Vereinigung bzw. Ihnen als Privatpatienten abrechnen

zu können, müssen wir Ihre persönlichen Daten und Gesundheitsdaten verarbeiten. Rechtsgrundlage dieser Datenverarbeitung

ist damit die Verarbeitung von Daten für den Zweck der Erfüllung praxiseigener Behandlungsverträge bzw. zur Durchführung vorvertraglicher Maßnahmen für diese Behandlungsverträge (Art. 6 Abs. 1 lit. b DSGVO), die Wahrnehmung gesetzlicher Dokumentationsverpflichtungen (Art. 6 Abs. 1 lit. c DSGVO) und im Rahmen der Forderungsdurchsetzung (Art. 6 Abs. 1 lit. f

DSGVO). Ihre im Zusammenhang mit dem Behandlungsverhältnis verarbeiteten Daten speichern wir gemäß der gesetzlichen Vorgaben aus dem Patientenrechtegesetz (BGB) und der Berufsordnung sowie der Abgabeordnung (Steuer) für mindestens 10 Jahre. Das Erhalten von Beweismitteln für rechtliche Auseinandersetzungen im Rahmen der gesetzlichen

Verjährungsvorschriften kann aufgrund der zivilrechtlichen Verjährungsfristen von bis zu 30 Jahre, wobei die regelmäßige Verjährungsfrist drei Jahre beträgt, eine über 10 Jahre hinausgehende Aufbewahrung nach sich ziehen.

Verarbeitung von Personen- und Gesundheitsdaten der Patienten für den Zweck der Patienteninformation im Rahmen eines

Recall-Systems zur zahnmedizinischen Prävention (Rechtsgrundlage gemäß Art. 6 Abs. 1 lit. a DSGVO)

Sie haben gegenüber uns folgende Rechte hinsichtlich der Sie betreffenden personenbezogenen Daten:

Recht auf Auskunft,

Recht auf Berichtigung oder Löschung,

Recht auf Einschränkung der Verarbeitung,

Recht auf Widerspruch gegen die Verarbeitung,

Recht auf Datenübertragbarkeit.

Sie haben die Möglichkeit, sich über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten durch uns zu beschweren:

Der Hamburgische Beauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit, Klosterwall 6 (Block C),

20095 Hamburg,

Tel.: (040) 428 54 - 40 40,

E-Fax: (040) 4 279 1181,

E-Mail: mailbox@datenschutz.hamburg.de

Hamburg, den _____

Unterschrift

Bitte füllen Sie Datum und Unterschrift in der Praxis aus