

Dr. Engelbert MVZ GmbH
Uerdinger Straße 99
47799 Krefeld
Tel: 02151 60 77 70 Fax: 02151 60 77 75



Dr. Engelbert MVZ GmbH • Uerdinger Straße 99 • 47799 • Krefeld

Liebe/r Patient/in

Wir freuen uns, Sie in unserer Praxis zu begrüßen.

Vor der Anfangsuntersuchung bitten wir Sie folgende Fragen zu beantworten. Ihre Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und werden somit vertraulich behandelt.

.....
Name Vorname Geburtsdatum

1. Waren Sie schon einmal zur kieferorthopädischen Beratung oder Behandlung? ja/nein
Wenn ja: wo.....
2. Haben Sie eine allgemeinmedizinische Erkrankung (Herz, Leber, Niere, Blutgerinnungsstörung, Zuckerkrankheit)? ja/nein
Wenn ja: welche.....
3. Haben Sie eine Allergie? ja/nein
Wenn ja: wogegen.....
4. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? ja/nein
Wenn ja: welche.....
5. Hatte Sie schon einmal einen Unfall mit Beteiligung des Gesichts bzw. der Zähne? ja/nein
6. Sind ähnliche Zahnfehlstellungen in der Familie bekannt? ja/nein
Wer ist Ihr Zahnarzt?.....
- Sind Sie auf den Ratschlag Ihres Zahnarztes hin zu uns gekommen? ja/nein
Wenn nein: wer hat Sie an unsere Praxis verwiesen?.....
7. Was stört Sie an den Zähnen?

.....
Wann wurden die letzten Röntgenaufnahmen gemacht?

.....
Patienteninformation: Hiermit setzen wir Sie in Kenntnis das Ihr Hauszahnarzt einen Bericht und ggf. das erstellte Röntgenbild erhält.

Falls Sie nicht damit einverstanden sind bitten wir um eine kurze Rücksprache.

Versicherter: Name:
Vorname:
Geb.-Datum:
Straße:
PLZ, Ort:
Telefon:
Krankenkasse:

Krefeld, den
Datum Unterschrift

Kenntnisnahme

Ich bin darüber informiert worden, dass die kieferorthopädische **Behandlung** von gesetzlich Versicherten, die zu Beginn der Behandlung das 18. Lebensjahr überschritten haben, gemäß § 28, Abs. 2 SGB V keine Vertragsleistung ist.

Mir ist bekannt, dass die Krankenkasse hierzu keine Kosten übernehmen wird, und für alle erbrachten Leistungen eine Privatrechnung nach GOZ erstellt wird.

.....
Ort/Datum

.....
Unterschrift Patient/in

Dr. Engelbert und Kollegen
Fachpraxis für Kieferorthopädie
Uerdinger Straße 99
47799 Krefeld
Tel: 02151 60 77 70 Fax: 02151 60 77 75



Dr. Engelbert MVZ GmbH • Uerdinger Straße 99 • 47799 • Krefeld

Name: _____

Geburtsdatum: _____

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

Sie erreichen die/den zuständige/n Datenschutzbeauftragte/n unter:

Name: **Gina Ringst**

Kontaktdaten (Telefon/mail): [02151-607770](tel:02151-607770)/krefeld@kfo-engelbert.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 diesem Zweck können uns auch andere Ärzte oder Psychotherapeuten, bei denen Sie in Behandlung sind, Daten zu Verfügung stellen (z.B. in Arztbriefen/Mails an überweiser z.B. Röntgenbilder).

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 / Psychotherapeuten, Kassenärztliche Vereinigungen, Krankenkassen, der Medizinische Dienst der Krankenversicherung, Ärztekammer und privatärztliche Verrechnungsstellen sein.

Die Übermittlung erfolgt überwiegend zum Zweck 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 berechnigte 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 Rntgenaufzeichnungen laut Paragraf 28 Absatz 3 der Röntgenverordnung.

Sie haben das Recht, über die Sie betreffenden personenbezogenen Daten Auskunft zu erhalten. Auch können Sie die Berichtigung unrichtiger Daten verlangen.

5. IHRE RECHTE

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 GRUNDLAGE

Rechtsgrundlage für die Verarbeitung Ihrer Daten ist Artikel 9 Absatz 2 lit. h) DSGVO in Verbindung mit Paragraph 22 Absatz 1 Nr. 1 lit. b) Bundesdatenschutzgesetz. Sollten Sie Fragen haben, können Sie sich gern an uns wenden.

.....

Ort/Datum:

.....

Unterschrift