

Liebe Patientin, lieber Patient,

wir freuen uns, Sie bei uns in der Praxis begrüßen zu dürfen. Um Ihren Besuch so angenehm wie möglich zu gestalten, benötigen wir Ihre Hilfe. Wir bitten Sie diesen Bogen gewissenhaft auszufüllen, damit wir Ihre Wünsche bestmöglich erfüllen können. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Ihr Praxisteam Dr. Rieckesmann

**Patientendaten:**

---

Name, Vorname Geburtsdatum Geburtsort

---

Straße PLZ, Ort

---

Telefon Privat Mobil Telefon Arbeit

---

E-Mail Beruf, Arbeitgeber

---

Hausarzt/-ärztin Krankenkasse/Kostenträger

Haben Sie eine Zusatzversicherung?  ja  nein

Sind Sie Beihilfeberechtigt?  ja  nein

**Versichertendaten (sofern nicht identisch):**

---

Name, Vorname Geburtsdatum

---

Straße PLZ, Ort

**Wie können wir Ihnen helfen?**

Wann waren Sie das letzte Mal in zahnärztlicher Behandlung? \_\_\_\_\_

Wann sind zum letzten Mal Röntgenbilder im Kopf-Bereich angefertigt worden? \_\_\_\_\_

Wer war Ihr/e zahnärztliche/er Vorbehandler/in? \_\_\_\_\_

Haben Sie ein Bonusheft , einen Röntgenpass ?

Sollen wir bei Ihrer Behandlung etwas besonders berücksichtigen? \_\_\_\_\_

Bitte wenden!



Haben Sie ein bestimmtes Anliegen, welches Sie in unsere Praxis führt?

- Vorsorgeuntersuchung     Zahnersatz     Professionelle Zahnreinigung     Beratung  
 Überweisung     Bleaching     Schmerzbehandlung     Zweite Meinung  
 Sonstiges: \_\_\_\_\_

Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?

- Persönliche Empfehlung     im Vorbeigehen     Anzeige     Internet     Sonstiges: \_\_\_\_\_

**Allgemeine Gesundheitssituation:**

	Ja	Nein		Ja	Nein
Hoher/niedriger Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Blutgerinnungsstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herz-/Kreislaufkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Epilepsie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
wenn ja, welche: _____			Lebererkrankungen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlaganfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nierenerkrankungen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infektionserkrankungen (Hepatitis, HIV, MRSA)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schilddrüsenerkrankungen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
wenn ja, welche: _____			Tuberkulose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rauchen Sie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tumorerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trinken Sie regelmäßig Alkohol?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Osteoporose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Konsumieren Sie Rauschmittel?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Allergien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
wenn ja, welche: _____			wenn ja, welche: _____		
<i>Für unsere Patientinnen:</i>			Sonstige Erkrankungen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Besteht eine Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	wenn ja, welche: _____		
Stillen Sie derzeit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

**Mundgesundheitsituation**

	Ja	Nein
Knirschen oder pressen Sie mit Ihren Zähnen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Sie mit der Stellung, Farbe und Form Ihrer Zähne zufrieden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Zahnfleischprobleme? Blutungen beim Zähneputzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie unter Mundgeruch oder einem schlechten Geschmack im Mund?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Interesse an einer Professionellen Zahnreinigung (PZR)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wir bieten Ihnen den Service einer Bestellpraxis. Das bedeutet, an Ihrem Termin ist die Zeit nur für Sie reserviert. Wir bitten Sie daher Termine rechtzeitig, jedoch mindestens 24 Stunden im Voraus abzusagen.

Weiterhin machen wir Sie darauf aufmerksam, dass nach einer Lokalanästhesie die Verkehrstauglichkeit und das Bedienen von Maschinen bis zu 24 Stunden eingeschränkt sein kann!  
Bitte teilen Sie uns jede Änderung Ihrer Anschrift, Ihres Gesundheitszustandes, der Medikamenteneinnahme und bei Frauen eine eventuelle Schwangerschaft mit!

Bitte bestätigen Sie die Richtigkeit Ihrer Angaben mit Ihrer Unterschrift!

Ort, Datum

Unterschrift

## Einwilligung in die Verarbeitung personenbezogener Daten

Sehr geehrte/r Patient/in,

in unserer Praxis möchten wir aus organisatorischen Gründen auch Verarbeitungen von Daten vornehmen, für die jeweils eine Einwilligung des Patienten erforderlich ist.

Diese Verarbeitungen sind im Einzelnen unten aufgeführt und in einer Zahnarztpraxis durchaus üblich. Wir möchten Sie bitten, durch Ankreuzen und durch Ihre Unterschrift zu bestätigen, dass bzw. mit welchen Verarbeitungen Sie einverstanden sind. Ihre Behandlung ist hiervon selbstverständlich nicht abhängig. Sie haben die Möglichkeit, jede Einwilligung jederzeit durch formlose Mitteilung an uns zu widerrufen.

Die Art der verarbeiteten Daten, der Umfang der Verarbeitung und mögliche Empfänger sind in allen Fällen auf das für den jeweiligen Zweck Erforderliche beschränkt. Die Daten werden nach Zweckerfüllung gelöscht, soweit keine gesetzliche Aufbewahrungspflicht besteht. Es sind technische und organisatorische Maßnahmen getroffen, um die Daten gegen Manipulationen, Verlust, oder den Zugriff unberechtigter Personen zu schützen.

Verantwortlicher für die Datenverarbeitung und Ihr Ansprechpartner für Fragen ist Herr Dr. Bjarne Rieckesmann.

Ja, ich bin mit der Verarbeitung einverstanden:		
1. Recall	<input type="checkbox"/>	Ein regelmäßiger Zahnarztbesuch ist sinnvoll und kann zu Einsparungen beim Zahnersatz führen. Mit unserem "Recall" erinnern wir Sie hieran gerne per [z.B. Mail, SMS, Postkarte] 6 Monate nach Ihrer letzten Untersuchung.
2. Terminerinnerung	<input type="checkbox"/>	Als Service und um Ihnen den Service einer Bestellpraxis bieten zu können, möchten wir Sie gerne an vereinbarte Termine mit längerer Dauer erinnern (per Mail, SMS, Anruf).
3. Informationsschreiben	<input type="checkbox"/>	In unregelmäßigen Abständen unterrichten wir unsere Patienten gerne über Neuerungen in unserer Praxis oder aktuelle Informationen wie einen anstehenden Praxis-Urlaub. Hierfür werden Sie von uns per [z.B. Mail, SMS, Brief etc.] angeschrieben.
4. Verlosung	<input type="checkbox"/>	Zur Weihnachtszeit verlosen wir ggf. unter allen Patienten, die im vergangenen Jahr zur Untersuchung erschienen sind, eine kleine Aufmerksamkeit als Dankeschön. Ihr Name kommt in die Lostrommel und falls Sie gewinnen, möchten wir Sie natürlich auch [z.B. per Mail, SMS, Postkarte etc.] benachrichtigen.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich,

Name: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

dass ich ausreichend über die jeweils beabsichtigten Verarbeitungen informiert bin und freiwillig mein Einverständnis in die Verarbeitungen erkläre, **soweit ich diese oben angekreuzt habe.**

In demselben Umfang, beschränkt auf den jeweils dargestellten Verarbeitungszweck, entbinde ich Dr. Bjarne Rieckesmann und das für die jeweilige Verarbeitung eingesetzte Personal von der zahnärztlichen Schweigepflicht.

Datum, Unterschrift

\_\_\_\_\_



# Informationsblatt für Patientinnen und Patienten zum Datenschutz

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,  
gemäß der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) sind wir ab dem 25.05.2018 verpflichtet, Ihnen bestimmte Informationen bei der Erhebung Ihrer personenbezogenen Daten zu erteilen. Dieser Verpflichtung kommen wir gerne mit Überreichung dieses Informationsblattes nach.

## **Namen und Kontaktdaten des Verantwortlichen:**

*Zahnarzt Dr. Bjarne Rieckesmann, Gütersloher Str. 328, 33649 Bielefeld, Tel.: 0521/488193*

## **Kontaktadressen der Datenschutzbeauftragten:**

*Dr. Ulrike Rieckesmann, Gütersloher Str. 328, 33649 Bielefeld; Tel.: 0521/488193; E-mail: datenschutz@zahnarzt-rieckesmann.de*

## **Zwecke sowie Rechtsgrundlagen der Datenverarbeitung:**

Grundlage einer Behandlung ist der Behandlungsvertrag, der auch formlos geschlossen werden kann. Diesen Behandlungsvertrag können wir nur ordnungsgemäß erfüllen, wenn wir Ihre Daten verarbeiten, beispielsweise Ihre Versichertendaten aufnehmen. Der Zweck der Datenverarbeitung besteht primär also in der Durchführung des Behandlungsvertrages. Zusätzlich besteht eine gesetzliche Verpflichtung zur Verarbeitung Ihrer Daten. Ärzte, Psychotherapeuten und Zahnärzte müssen gemäß § 630f des Bürgerlichen Gesetzbuches (BGB) zum Zweck der Dokumentation in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang mit der Behandlung eine Patientenakte in Papierform oder elektronisch führen. Dort sind sämtliche aus fachlicher Sicht für die derzeitige und zukünftige Behandlung der Patienten wesentlichen Maßnahmen und deren Ergebnisse aufzuzeichnen. Die Datenverarbeitung dient damit auch dem Zweck, dieser Verpflichtung nachzukommen. In den überwiegenden Fällen wird es sich bei den durch uns verarbeiteten Daten um Gesundheitsdaten handeln. Rechtsgrundlage für die Verarbeitung von Gesundheitsdaten ist Art. 9 Absatz 2 Buchstabe h) in Verbindung mit Absatz 3 der Datenschutz-Grundverordnung sowie § 22 Bundesdatenschutzgesetz (BDSG). Gesundheitsdaten werden ausschließlich bzw. unter Verantwortung von Personen verarbeitet, die einer strafrechtlich abgesicherten Schweigepflicht unterliegen.

Die Patientendaten werden auch zu dem Zweck der gesetzlich geregelten Weitergabe an festgelegte Empfänger verarbeitet (beispielsweise an den überweisenden Hausarzt, an Kassenärztliche Vereinigungen, an den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung). Auch erhalten wir von Dritten, beispielsweise von Ihrer Krankenkasse oder anderen Behandlern aufgrund gesetzlicher Regelungen oder Ihrer Einwilligung Informationen, die wir zur Durchführung des Behandlungsvertrages sowie zur Erfüllung unserer gesetzlichen Dokumentationspflicht (§ 630f BGB, s.o.) in der Behandlungsdokumentation speichern. Auch hierfür ist Rechtsgrundlage Artikel 9 Absatz 2 Buchstabe h) in Verbindung mit Absatz 3 DSGVO, § 22 BDSG.

In den Fällen, in denen eine Datenverarbeitung nicht zur Durchführung des Behandlungsvertrages erforderlich ist oder nicht auf gesetzlicher Verpflichtung beruht, wird eine Datenverarbeitung üblicherweise auf Ihrer Einwilligung beruhen. Rechtsgrundlage ist in diesen Fällen Artikel 9 Absatz 2 Buchstabe a) DSGVO.

## **Empfänger oder Kategorien von Empfängern der personenbezogenen Daten:**

Aufgrund gesetzlicher Vorschriften ist es möglich, dass wir Daten an folgende Empfänger / Kategorien von Empfängern weitergeben:

Zahntechnisches Labor, andere Heilberufsangehörige, gesetzliche Abrechnungsstellen, Krankenkassen, Versicherungen oder Beihilfestellen, Behörden, Gerichte.

Darüber hinaus können wir Daten mit der Einwilligung der Betroffenen weitergeben. Bei Erteilung Ihrer Einwilligung werden wir Sie darüber informieren, um welche Empfänger es sich im Einzelnen handelt.

## **Dauer bzw. Kriterien für die Festlegung der Dauer der Datenspeicherung:**

Personenbezogene Daten von Patienten sind grundsätzlich gemäß § 630f Absatz 3 BGB sowie den Vorschriften der jeweils einschlägigen Berufsordnung für die Dauer von zehn Jahren nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren.

Aufzeichnungen über Röntgenbehandlungen gemäß § 28 Absatz 3 Satz 1 Röntgenverordnung sind 30 Jahre lang nach der letzten Behandlung aufzubewahren.

In besonderen Fällen erfolgt eine längere Aufbewahrungsfrist als gesetzlich angeordnet, beispielsweise bei der Durchsetzung von Schadensersatz-, Versicherungs- und Rentenansprüchen des Patienten, soweit wir hiervon Kenntnis haben. Ebenso kann auch der gesundheitliche Zustand des Patienten eine über die Fristen hinausgehende Aufbewahrung erforderlich machen. Da auch zivilrechtliche Schadensersatzansprüche des Patienten gegen seinen Behandler gemäß § 199 Absatz 2 BGB erst nach 30 Jahren verjähren, behalten wir uns vor, die Patientenakte für die Dauer von 30 Jahren aufzubewahren.

## **Rechte der Betroffenen:**

Im Rahmen der Vorschriften der Datenschutz-Grundverordnung haben Sie verschiedene Rechte im Zusammenhang mit der Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten. Dazu gehören das Recht auf Auskunft, auf Berichtigung, auf Löschung, auf Einschränkung der Verarbeitung, auf Widerspruch gegen die Verarbeitung sowie das Recht auf Datenübertragbarkeit. Soweit die Datenverarbeitung auf Ihrer Einwilligung beruht, können Sie diese Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen.

Sie können hinsichtlich der Datenverarbeitung bei der zuständigen Aufsichtsbehörde Beschwerde einlegen. Aufsichtsbehörde ist die Landesbeauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit Nordrhein-Westfalen, Kavalleriestr. 2-4, 40213 Düsseldorf.

## **Verpflichtung zur Bereitstellung der personenbezogenen Daten und Folgen der Nichtbereitstellung:**

Bei der Durchführung des Behandlungsvertrages oder einer heilkundlichen Beratung ist eine Datenverarbeitung zwingend erforderlich, so dass eine Nichtbereitstellung von Daten im Regelfall dazu führt, dass keine Behandlung / Beratung vorgenommen werden kann.

Sollten Sie eine Ausführung dieser Information für sich behalten wollen, so bekommen Sie diese gerne an der Rezeption ausgehändigt.