

**Zahnarztpraxis Dreieichenhain  
Dirk Weiser & Kollegen**

Heckenweg 3b - 63303 Dreieich  
Telefon: 06103 86878 - Telefax: 06103 82595 info@zahnarzt-dreieichenhain.de

## Anmeldebogen mit Anamnese und Datenschutzerklärung

### Herzlich Willkommen

Um eine gewissenhafte Behandlung durchführen zu können, benötigen wir vorab noch ein paar wichtige aktuelle Gesundheitsinformationen. Denn einige Erkrankungen können Auswirkungen auf Ihre zahnärztliche Behandlung haben. Wir bitten Sie, Ihrem Behandler mögliche Änderungen jeweils vor Behandlungsbeginn mitzuteilen, um mögliche Gefährdungen Ihrer Gesundheit ausschließen zu können.

Sämtliche Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dienen ausschließlich der Optimierung Ihrer Behandlung.

### Patienten- und Kontaktdaten

Name: \_\_\_\_\_ Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungs-  
Vorname: \_\_\_\_\_ mitglied sind, wer ist Versicherter?  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Name: \_\_\_\_\_

**Geburtsort:** \_\_\_\_\_  
Adresse: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Beruf /Arbeitgeber: \_\_\_\_\_

Tel. Privat: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_ Wer soll die Rechnung erhalten?

Tel. geschäftlich \_\_\_\_\_ Name: \_\_\_\_\_

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

pflichtversichert: ja / nein \_\_\_\_\_

Sind Sie Beihilfeberechtigter des öffentlichen \_\_\_\_\_

Dienstes? ja / nein \_\_\_\_\_

Zusatzversicherung: ja / nein

Wer hat uns empfohlen? \_\_\_\_\_

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? \_\_\_\_\_

**Zutreffendes bitte *EINKREISEN***

**X / X**

### **Bestehen gesundheitliche Risiken?**

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Haben Sie Allergien? Wenn ja, welche ? \_\_\_\_\_ ja / nein

\_\_\_\_\_

Haben Sie einen Allergiepass? ja / nein  
Haben Sie eine Lungenerkrankung bzw. Asthma, COPD ? ja / nein  
Haben Sie Gerinnungsstörungen? ja / nein  
Haben Sie eine Bluterkrankung? ja / nein  
Nehmen Sie Marcumar, ASS oder andere Blutverdünner? ja / nein  
Haben Sie eine Herz-/Kreislaufferkrankung z.B (Herzfehler, Herzinfarkt,...) ja / nein  
Haben Sie Bluthochdruck? ja / nein  
Haben Sie niedrigen Blutdruck? ja / nein  
Sind Sie HIV positiv? ja / nein  
Haben Sie Hepatitis B? ja / nein  
Haben Sie Hepatitis C? ja / nein  
Haben Sie andere Infektionskrankheiten wie z.B. Tuberkulose? ja / nein  
Haben Sie Diabetes? ja / nein  
Liegt bei Ihnen eine Schilddrüsenerkrankung vor? ja / nein  
Haben Sie eine Magen-/Darmerkrankung? ja / nein  
Haben Sie eine Nierenerkrankung? ja / nein  
Haben Sie eine Nasen-/ Nebenhöhlenerkrankung? ja / nein  
Leiden Sie unter Epilepsie? ja / nein  
Haben oder hatten Sie eine Krebserkrankung? Wenn ja welche und wann? ja / nein

Haben Sie eine Nervenerkrankung z.B Depression, multiple Sklerose...? ja / nein  
Haben Sie erhöhten Augeninnendruck(grünen Star) oder Engwinkelglaukom? ja / nein  
Haben Sie künstliche Gelenke? Wenn ja, seit Wann? \_\_\_\_\_ ja / nein  
Haben Sie sonstige Erkrankungen? Wenn ja welche? \_\_\_\_\_ ja / nein  
Nehmen Sie Bisphosphonate ein? ja / nein  
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? ja / nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Rauchen Sie? Wenn ja, wieviele Zigaretten täglich? ja / nein  
Für unsere weiblichen Patienten: Sind Sie schwanger, wenn ja in welcher Woche? ja / nein

**Weswegen begeben Sie sich in Behandlung?**

Haben Sie Zahnschmerzen?	ja / nein	Haben Sie Geräusche oder Schmerzen	
Blutet Ihr Zahnfleisch?	ja / nein	im Kiefergelenk?	ja / nein
Zieht sich Ihr Zahnfleisch zurück?	ja / nein	Hatten Sie jemals eine "Kiefervermessung"?	ja / nein
Sind Ihre Zähne gelockert?	ja / nein	Fand eine Röntgenuntersuchung statt?	ja / nein
		Haben Sie Kopf- oder Nackenschmerzen?	ja / nein

Haben Sie Angst vor zahnärztlichen Behandlungen? ja / nein  
Sind für Sie ästhetisch schöne Zähne wichtig? ja / nein  
Sind Sie mit Ihrer Zahnfarbe zufrieden? ja / nein

**Recall:**

Möchten Sie an unserem Terminerinnerungsservice teilnehmen? ja / nein

Wenn ja, wie dürfen wir Sie kontaktieren?  per SMS  per email  
 per Telefon  per Brief

## AUFKLÄRUNG ÜBER DIE ZAHNÄRZTLICHE LOKALANÄSTHESIE

Die zahnärztliche Lokalanästhesie (örtliche Betäubung) dient der lokalen Ausschaltung der Schmerzempfindung im Zahn-, Mund-, Kiefer und Gesichtsbereich. Durch Sie können die notwendigen Behandlungen (wie z.B. Füllungen, Wurzelbehandlungen, Extraktionen, Operationen) in der Regel schmerzfrei durchgeführt werden. Überwiegend wird diese Körperregion vom Nervus trigeminus (einem Hirnnerv) mit Gefühl versorgt.

Um diesen zu betäuben, wird die Lokalanästhesie möglichst dicht an kleinere Nervenfasern (Infiltrationsanästhesie) in den Zahnhalteapparat und Kieferknochen (Intraligamentäre Anästhesie) oder in die Nähe eines der drei Hauptäste des Nerven (Leitungsanästhesie) platziert. Obwohl die Lokalanästhesie ein sicheres Verfahren zur Schmerzausschaltung ist, sind Nebenwirkungen und Unverträglichkeiten der verwendeten Substanzen nicht unbedingt vermeidbar.

Ferner kann es unter anderem zu folgenden Komplikationen kommen:

**HÄMATOM (BLUTERGUSS):** Durch Verletzung kleiner Blutgefäße können Blutungen in das umliegende Gewebe eintreten. Bei Blutungen in einem der Kaumuskeln infolge der Injektion kann es zu einer Behinderung der Mundöffnung und Schmerzen, in ganz seltenen Fällen auch Infektionen kommen. Sie sollten Ihren Zahnarzt darüber informieren, damit eine geeignete Behandlung erfolgen kann. In der Regel kommt es zu einer vollständigen Wiederherstellung der Funktion.

**NERVENSCHÄDIGUNG:** Bei der Leitungsanästhesie kann in sehr seltenen Fällen eine Irritation von Nervenfasern eintreten. Hierdurch sind vorübergehende bzw. dauerhafte Gefühlsstörungen möglich. Dies betrifft vor allem die Injektion im Unterkiefer, bei der die entsprechende Zungenhälfte, Unterkiefer- oder Lippenregion betroffen sein kann. Hier gibt es derzeit keine spezielle Therapie. Die spontane Heilung muss abgewartet werden. Sollte das Taubheitsgefühl nicht maximal nach 12 Stunden vollständig abgeklungen sein, informieren Sie Ihren Zahnarzt.

**VERKEHRSTÜCHTIGKEIT:** Infolge der örtlichen Betäubung und der zahnärztlichen Behandlung kann es zu einer Beeinträchtigung der Reaktions- und Konzentrationsfähigkeit kommen. Diese ist primär nicht auf das Medikament, sondern vielmehr auf den Stress und die Angst im Rahmen der Behandlung sowie der lokalen Irritation zurückzuführen. Sie sollten daher während dieser Zeit nicht aktiv am Straßenverkehr teilnehmen.

**SELBSTVERLETZUNG:** Sollten außer dem behandelten Zahn auch die umgehenden Weichteile (z.B. Zunge, Wangen, Lippen) betäubt sein, verzichten Sie bitte, solange dieser Zustand anhält, auf Nahrungsaufnahme. Neben Bissverletzungen sind auch Verbrennungen und Erfrierungen möglich.

Bitte beantworten Sie die Fragen in Ihrem eigenen Interesse.

Verschwiegenheit unsererseits ist selbstverständlich! Ausschließlich bei konsiliarischen Untersuchungen und Therapien, die natürlich nur der Optimierung Ihrer Behandlung und Gesundheit dienen, entbinden Sie uns mit Ihrer Unterschrift der Schweigepflicht.

Ich bestätige, vorstehende Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht zu haben. Die Aufklärungen habe ich verstanden und meine Fragen wurden zu meiner Zufriedenheit beantwortet.

Wenn sich mein Gesundheitszustand ändern sollte, teile ich es unaufgefordert vor der nächsten Behandlung mit.

Wir möchten unsere Patienten darauf hinweisen, dass bei einem Fernbleiben zu einem vereinbarten Termin eine Privatrechnung in Höhe zu je 50,00 € je angefangene halbe Stunde fällig wird (gemäß § 615 BGB). Eine Erstattung durch die Krankenkassen findet nicht statt. Wir bitten Sie daher, Termine mindestens 24 Stunden vorher abzusagen. Eine Rechnungsstellung erfolgt nicht bei Erkrankung, wenn ein Attest des behandelnden Arztes vorgelegt wird. Wir bitten um Verständnis.

Dreieich, \_\_\_\_\_

# Datenschutzerklärung

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:

## 1. Wer ist in unserer Praxis für den Datenschutz verantwortlich?

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

Praxisinhaber	Dirk Weiser & Kollegen
Rechtsform der Praxis	Zahnarztpraxis
Praxisadresse	Heckenweg 3B, 63303 Dreieich
Telefon	06103-86878
Telefax	06103-86878
E-Mail	info@zahnarzt-dreieichenhain.de

## 2. Welche personenbezogenen Daten erheben wir?

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)

Personenbezogenen 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.

### **3. Wer erhält ggf. Ihre personenbezogenen Daten übermittelt?**

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.

### **4. Welchem Zweck dienen Ihre Daten und mit welcher Rechtfertigung dürfen wir diese nutzen?**

— 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)

## 5. Welche Rechte haben Sie im Zusammenhang mit dem Datenschutz?

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.

## 6. Wie können Sie sich ggf. beschweren?

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

Der Hessische Beauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit  
Postfach 3163  
65021 Wiesbaden

Telefon: +49 611 1408 - 0

Dreieich, \_\_\_\_\_