



**Weitere Erkrankungen:**

Blutgerinnungsstörungen  Ja  Nein  
 Marcumar / Gerinnungshemmer  Ja  Nein  
 Asthma  Ja  Nein  
 Lungenerkrankung  Ja  Nein  
 Schilddrüsenerkrankung  Ja  Nein  
 Rheuma  Ja  Nein  
 Epilepsie  Ja  Nein  
 Diabetes  Ja  Nein  
 Nierenfunktionsstörungen  Ja  Nein  
 Ohnmachtsneigung  Ja  Nein

**Sonstiges:**


---

Nehmen sie regelmäßig Medikamente?  Ja  Nein  
 Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

---

Sind Sie Raucher?  Ja  Nein Wenn ja, wie viele an einem Tag? \_\_\_\_\_

**Für unsere weiblichen Patienten:**

Sind Sie schwanger?  Ja  Nein Wenn ja, in welchem Monat? \_\_\_\_\_

**Grund Ihres Besuches:**

Kontrolluntersuchung  Ja  Nein  
 Beschwerden  Ja  Nein

**Sonstiges:**


---

Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?

Telefonbuch  Lage der Praxis  Internet  
 Gelbe Seiten  auf Empfehlung von: \_\_\_\_\_

Möchten Sie sich für unseren **Recall-Service** eintragen lassen?  Ja  Nein

Wenn ja, per:  Telefon  Brief  E-Mail

Recall-Intervall  ½ - jährlich  jährlich

**Wichtige Informationen!!**

Wir weisen darauf hin, dass Termine spätestens 24 Stunden vorher abgesagt werden müssen.  
 Sollte dies nicht eingehalten werden, können Ihnen die Ausfallzeiten in Rechnung gestellt werden.  
 Für Termine von bis zu 30 Minuten Länge: 50 Euro  
 Für Termine ab 30 Minuten Länge: 80 Euro

Ich verpflichte mich, die Zahnarztpraxis umgehend über alle während des Behandlungszeitraumes auftretenden Änderungen zu informieren.

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die abgedruckten **Informationen** gelesen und verstanden habe.

\_\_\_\_\_  
 Datum



\_\_\_\_\_  
 Unterschrift Patient (Erziehungsberechtigter)



### Patienteninformation zur Datenschutzverarbeitung in unserer Praxis

Im Rahmen der Behandlung erheben wir in unserer Praxis Daten zu Ihrer Person, zu Ihrem Versichertenstatus und zu Ihrem Gesundheitszustand sowie zur durchgeführten Therapie. Diese Daten werden entsprechend der datenschutzrechtlichen Vorgaben behandelt. Mit den nachfolgenden Informationen können Sie sich einen Überblick verschaffen, welche Daten erhoben werden und wie wir damit verfahren.

Die Datenverarbeitung dient zum Zweck der Erfüllung des Behandlungsvertrages, der Abrechnung gegenüber der Kassenzahnärztlichen Vereinigung (KZVB), der Abrechnungsfirma (PVS) und unserem Recallsystem.

Die Empfänger der Daten sind verschiedene Krankenkassen, oralchirurgische-, kieferorthopädische-, und kieferchirurgische Praxen, zahntechnische Laboratorien, Abrechnungsfirma und Steuerkanzleien.

Die Daten der Patientenakte werden gemäß §630 f Abs. 3BGB für mindestens 10 Jahre gespeichert, oft auch noch darüber hinaus.

Wir informieren Sie zudem über Ihre Betroffenenrechte nach der DS-GVO.

Ihre Rechte als von Datenverarbeitung Betroffener:

Ihnen stehen folgende Rechte gegenüber unserer Praxis nach Art. 15 bis 22 DSGVO zu:

- Sie haben das Recht auf Auskunft, Berichtigung, Löschung, Sperrung und Einschränkung der Verarbeitung und auf Datenübertragbarkeit
- Widerspruchsrecht gegen die Datenverarbeitung und ein Recht auf Datenübertragbarkeit.
- Beschwerderecht bei der Aufsichtsbehörde: Sie haben das Recht, sich bei der Aufsichtsbehörde zu beschweren wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogener Daten nicht rechtmäßig erfolgt.

Die Anschrift der für unser Unternehmen zuständigen Aufsichtsbehörde lautet:

Bayerisches Landesamt für Datenschutzaufsicht (BayLDA)  
Promenade 27  
91522 Ansbach

Bitte beachten Sie, dass die Daten nur zu dem o.g. Zweck verarbeitet werden. Sollten die von Ihnen erhobenen personenbezogenen Daten für einen anderen Zweck weiterverarbeitet werden, informieren wir Sie hierüber gesondert und teilen Ihnen diese Zweckänderung mit.

Die oben genannten Datenschutzinformationen habe ich gelesen, zur Kenntnis genommen und bin damit einverstanden:

-----  
Datum, Ort

  
-----  
Unterschrift

-----  
Name in Druckbuchstaben