

# Zahnarztpraxis Frederic Liese - Karl-Marx-Straße 24 - 14532 Kleinmachnow

## Persönliche Angaben:

weiblich       männlich       divers

\_\_\_\_\_  
Nachname, Vorname (Patient)

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Nachname, Vorname (Erziehungsberechtigter / gesetzl. Vertreter)

\_\_\_\_\_  
Straße, Nr.

\_\_\_\_\_  
PLZ, Ort

\_\_\_\_\_  
Telefon (privat / mobil)

\_\_\_\_\_  
Telefon (geschäftlich)

\_\_\_\_\_  
E-Mail

\_\_\_\_\_  
Beruf

\_\_\_\_\_  
Krankenkasse / Versicherung

- Gesetzlich versichert       Private Zusatzversicherung  
 Privat versichert       Beihilfeberechtigt  
 Basistarif / Standardtarif

## Sind Patient und Zahlungspflichtiger nicht identisch, bitte ergänzen:

\_\_\_\_\_  
Nachname, Vorname (Zahlungspflichtiger)

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Straße, Nr.

\_\_\_\_\_  
PLZ, Ort

## Wer ist Ihr Hausarzt?

\_\_\_\_\_  
Hausarzt

\_\_\_\_\_  
Adresse

## Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?

- Persönliche Empfehlung       Internet       Sonstiges:  
 Überweisender Arzt       Anzeige

---

Überweisender Arzt

---

Adresse

---

**Bitte beantworten Sie die nachfolgenden Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand möglichst genau!**

**Allgemeine Angaben:**

Frühere Röntgenuntersuchung  Ja  Nein Wenn ja, welche Körperteile und wann?:

\_\_\_\_\_

Regelmäßige Medikamente  Ja  Nein Wenn ja, welche Medikamente und seit wann?

\_\_\_\_\_

Schwangerschaft  Ja  Nein Wenn ja, welcher Monat?

\_\_\_\_\_

Raucher  Ja  Nein Wenn ja,  0 - 10  über 10 Zigaretten/Tag

Alkoholgenuß  Ja  Nein Wenn ja,  selten  oft  regelmäßig

Drogenkonsum  Ja  Nein \_\_\_\_\_

Pflegegrad (§ 15 SGB XI)  Ja  Nein Wenn ja, welcher Pflegegrad?

\_\_\_\_\_

Befristung  Ja  Nein Fristablauf:

\_\_\_\_\_

Eingliederungshilfe (§ 53 SGB XII)  Ja  Nein

Befristung  Ja  Nein Fristablauf:

\_\_\_\_\_

**Herz-Kreislauf-Erkrankungen:**

Hoher Blutdruck  Ja  Nein \_\_\_\_\_

Niedriger Blutdruck  Ja  Nein \_\_\_\_\_

Herzklappenerkrankung/-defekt  Ja  Nein \_\_\_\_\_

Herzerkrankung  Ja  Nein \_\_\_\_\_

Herzoperation  Ja  Nein \_\_\_\_\_

Herzschrittmacher  Ja  Nein \_\_\_\_\_

andere: \_\_\_\_\_

**Infektionserkrankungen:**

HIV  Ja  Nein \_\_\_\_\_

Hepatitis  Ja  Nein \_\_\_\_\_

Tuberkulose  Ja  Nein \_\_\_\_\_

Creutzfeldt-Jakob-Krankheit  Ja  Nein \_\_\_\_\_

andere: \_\_\_\_\_

**Allergien / Unverträglichkeiten:**

Lokalanästhetika  Ja  Nein \_\_\_\_\_

Schmerzmittel  Ja  Nein \_\_\_\_\_

Antibiotika  Ja  Nein \_\_\_\_\_

andere: \_\_\_\_\_

**Weitere Erkrankungen:**

Asthma	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	_____
Blutgerinnungsstörungen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	_____
Diabetes	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	_____
Epilepsie	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	_____
Geistige Erkrankung	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	_____
Genetische Erkrankung	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	_____
Lebererkrankung	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	_____
Lungenerkrankung	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	_____
Magen-Darm-Erkrankung	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	_____
Nierenfunktionsstörungen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	_____
Ohnmachtsneigung	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	_____
Osteoporose	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	_____
Rheuma	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	_____
Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	_____
andere:			_____

Alle Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden daher streng vertraulich behandelt. Der Speicherung meiner persönlichen Daten stimme ich zu. Ich verpflichte mich, Sie umgehend über alle während des Behandlungszeitraumes auftretenden Änderungen zu informieren. Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die abgedruckten Informationen gelesen und verstanden habe.

_____	_____
Ort, Datum	Unterschrift Patient
	_____
	Unterschrift Erziehungsberechtigter / gesetzl. Vertreter

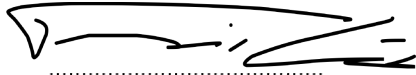
**Aufklärung über Injektionen im Rahmen einer zahnärztlichen Behandlung**

Vielfach wird bei einer Füllungstherapie, beim Beschleifen von Zahnersatz oder beim chirurgischen Eingriff durch eine örtliche Betäubung eine weitgehende Schmerzbeseitigung durchgeführt. Das Komplikationsrisiko ist dabei sehr gering.

Wir möchten Sie trotzdem auf evtl. Probleme hinweisen:

- Bildung eines Hämatoms
- Verletzung eines Nervs mit entsprechenden Ausfallerscheinungen
- verminderte Wirksamkeit anatomisch bedingt oder im entzündeten Gebiet
- allergische Reaktionen

Bitte bestätigen Sie mit Ihrer Unterschrift, dass Sie die Aufklärung gelesen und verstanden haben.

Ort; Datum	Unterschrift Patient/ in	 Unterschrift Zahnärztin
------------	--------------------------	---

**Recall-Einwilligung**

Unsere Praxis wird nach dem Bestellsystem geführt. Dies erspart Ihnen unnötige lange Wartezeiten. Sollten Sie Termine nicht einhalten können, sagen Sie diese bitte 48 Stunden vorher ab. Zusätzlich haben wir in unserer Praxis ein Erinnerungssystem für Ihre Kontrolltermine sowie für Ihre bereits vereinbarten Behandlungstermine (auch über den Online-Terminvergabe Dienstleister „Doctolib“) eingerichtet. Deshalb kreuzen Sie bitte an, ob Sie es in Anspruch nehmen und von uns regelmäßig an Ihre Kontrolltermine erinnert werden möchten:

ja
  nein

Mit Ihrer nachfolgenden Unterschrift erteilen Sie uns Ihre Erlaubnis, Sie an Termine zu erinnern.

_____	_____	Bitte beachten Sie weitere Hinweise auf der Rückseite
Ort; Datum	Unterschrift Patient/-in bzw. gesetzl. Vertreter	

## Bestätigung Ausfallhonorar

Ich wurde hiermit darauf hingewiesen, dass die Zahnarztpraxis Frederic Liese nach dem Bestellsystem geführt wird, d.h., dass eventuelle, in der Zukunft geplante Behandlungstermine extra für mich freigehalten werden.

Deshalb ist es aus organisatorischen Gründen notwendig, dass ich für den Fall einer Verhinderung rechtzeitig - d. h. spätestens 2 Tage vor dem Termin (48 h) - absage, damit noch die Möglichkeit besteht „Ersatzpatienten“ einzubestellen. Sollte ich dennoch nicht rechtzeitig absagen, ist mir nun bekannt, dass mir die Kosten für die im Termin vereinbarte Behandlung in Rechnung gestellt werden können, wobei das anzurechnen ist, was infolge des Unterbleibens der Behandlung erspart wurde oder durch Behandlung anderer Patienten erworben wurde.

Dies gilt nicht bei nachweislich schuldlos unterbliebener Absage bzw. bei spontaner Krankheit oder höherer Gewalt.

Höchstens werden aber pro versäumtem 60 minütigen Prophylaxetermin (PZR) 50,- Euro und pro zahnärztlichem Behandlungstermin je entgangener 30 Minuten 65,- Euro berechnet.

-----  
Ort, Datum

-----  
Unterschrift Patient bzw. gesetzlicher Vertreter

Die rechtlichen Grundlagen zum sogenannten Ausfallhonorar können Sie selbstverständlich gern an unserer Rezeption einsehen.

# 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 beim Datenschutz haben.

## 1. ZWECK DER DATENVERARBEITUNG

Die Datenverarbeitung erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben, um den Behandlungsvertrag zwischen Ihnen und Ihrem Zahnarzt und die damit verbundenen Pflichten zu erfüllen. Hierzu verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten, insbesondere Ihre Gesundheitsdaten. Dazu zählen Anamnesen, Diagnosen, Therapieempfehlungen und Befunde, die wir oder andere Ärzte und Zahnärzte erheben. Zu diesen Zwecken können uns auch Ärzte und Zahnärzte, bei denen Sie in Behandlung sind, Daten zur Verfügung stellen (z. B. in Arztbriefen oder Röntgenbildern). Die Erhebung von Gesundheitsdaten ist Voraussetzung für Ihre Behandlung. Werden die notwendigen Informationen nicht bereitgestellt, kann eine sorgfältige Behandlung nicht erfolgen.

## 2. EMPFÄNGER IHRER DATEN

Wir übermitteln Ihre personenbezogenen Daten nur dann an Dritte, wenn dies gesetzlich erlaubt ist und Sie eingewilligt haben. Empfänger Ihrer personenbezogenen Daten können vor allem andere Zahnärzte, Ärzte, Zahntechniker etc. Psychotherapeuten, Kassen(zahn)ärztliche Vereinigungen, Krankenkassen, der Medizinische Dienst der Krankenversicherung, Ärztekammern und privatärztliche Verrechnungsstellen sein. Die Übermittlung erfolgt überwiegend zum Zwecke 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 berechnete Empfänger.

## 3. 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 Röntgenaufzeichnungen gemäß § 28 Absatz 3 der Röntgenverordnung.

## 4. IHRE RECHTE

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

Die Anschrift der für uns zuständigen Aufsichtsbehörde lautet:

Name/Anschrift: Die Landesbeauftragte für den Datenschutz, Stahnsdorfer Damm 77, 14532 Kleinmachnow <https://www.lda.brandenburg.de>

## 5. RECHTLICHE GRUNDLAGEN

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.

Die Datenschutzbeauftragte/n sind Sache der Bundesländer und daher regional organisiert.

Übersicht: [https://www.datenschutz-wiki.de/Aufsichtsbehörden\\_und\\_Landesdatenschutzbeauftragte](https://www.datenschutz-wiki.de/Aufsichtsbehörden_und_Landesdatenschutzbeauftragte)

Name/Anschrift: Die Landesbeauftragte für den Datenschutz, Stahnsdorfer Damm 77, 14532 Kleinmachnow

## 6. VERANTWORTLICHKEIT FÜR DIE DATENVERARBEITUNG IN DER ZAHNARZTPRAXIS

Verantwortlicher i. S. d. Art. 4 Nr. 7 DSGVO: Frederic Liese

Praxisname, Adresse, Kontaktdaten: Zahnarztpraxis Frederic Liese, Karl-Marx-Straße 24, 14532 Kleinmachnow 033203-85575

(Falls vorhanden, ansonsten ggf. streichen): Unsere(n) Datenschutzbeauftragte(n) erreichen Sie unter:

Name, Telefon, E-Mail-Adresse: Aufgrund der Anzahl der Beschäftigten, die mit der Verarbeitung personenbezogener Daten in unserer Praxis betraut sind, ist die Bestellung eines Datenschutzbeauftragten nicht erforderlich.

Ihr Praxisteam

# Patienteneinwilligung zum Datenschutz

## Anmeldung

<b>Patient/in:</b>		
Name	Vorname	geb. am
Straße/Nr.		PLZ/Ort
Telefon mobil	privat	geschäftlich
E-Mail		
Arbeitgeber		Beruf
Name der Versicherung/Krankenkasse		
<input type="checkbox"/> beihilfeberechtigt	<input type="checkbox"/> freiwillig versichert?	
<input type="checkbox"/> Zusatzversicherung	wenn ja, bei wem	
<input type="checkbox"/> Kostenerstattung	<input type="checkbox"/> Basistarif	

<b>Versicherte/r</b> (nur falls anders als oben angeben)		
Name	Vorname	geb. am
Straße/Nr.		PLZ/Ort
Arbeitgeber		

Liebe Patientin, lieber Patient,

die Datenverarbeitung erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben, um den Behandlungsvertrag zwischen Ihnen und Ihrem Zahnarzt und die damit verbundenen Pflichten zu erfüllen. Dazu werden insbesondere folgende personenbezogene Daten verarbeitet:

Name, Adresse und Kontaktdaten, Geburtsdatum, Versicherungsstatus und Bankverbindung, Anamnesen, Diagnosen, Therapievorschlage und Befunde, die wir oder andere Arzte und ZahnArzte erhoben haben, einschließlich Arztbriefe und Ergebnisse bildgebender Verfahren (z. B. Rontgenbilder).

Diese personenbezogenen Daten werden von uns unter strikter Beachtung des Datenschutzes nur dann an Dritte weitergegeben, wenn dies aus medizinischen oder abrechnungstechnischen Grunden erforderlich ist. Die Weitergabe erfolgt nur im Rahmen des Behandlungsauftrages und zu Zwecken der Abrechnung erbrachter Leistungen an andere ZahnArzte, Arzte, Zahntechniker, KassenzahnArztliche Vereinigungen, Krankenkassen oder privatArztliche Verrechnungsstellen und nur in dem Umfang, der zur Erreichung des Zweckes der Weitergabe erforderlich ist.

Mit meiner Unterschrift willige ich in die Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten und die Weitergabe an die o. g. Dritten ein. Meine Rechte, insbesondere zum Widerruf dieser Einwilligung, sind mir bekannt (siehe Vorderseite unter „Ihre Rechte“). Die Einwilligung kann ich jederzeit schriftlich oder per Email an die Praxis mit Wirkung fur die Zukunft widerrufen.

Ort, Datum

Unterschrift Patient/Erziehungsberechtigter/Versicherter