

Vorname, Name: _____

Geburtsdatum: _____ Telefon privat: _____

Telefon dienstlich: _____

MUND-KIEFER-GESICHTSCHIRURGIE
IMPLANTOLOGIE
AMBULANTE OPERATIONEN

Dr. Dr. Florian Fialka
Dr. Dr. Martin Fricke

Sehr geehrte Patientin! Sehr geehrter Patient!

Krankheiten aller Art können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Bitte füllen Sie deshalb diesen Fragebogen sorgfältig aus. Sollten Sie Schwierigkeiten mit der Beantwortung einzelner Fragen haben, helfen wir Ihnen gerne.

	ja	nein	unbek.		ja	nein	unbek.
1. Sind Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- Rheuma/rheumatisches Fieber	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Warum? _____				- Osteoporose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Wann sind Sie zum letzten Mal zahnärztlich untersucht worden? _____				- Anfallsleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Haben Sie zu hohen Blutdruck?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- Schlaganfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Haben oder hatten Sie eine Erkrankung des Herzens?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- Tumorleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- künstliche Herzklappen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- Ansteckende Krankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Endokarditis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hepatitis <input type="checkbox"/> TBC <input type="checkbox"/> HIV pos. <input type="checkbox"/>			
- Angina pectoris	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	andere _____			
- Herzinfarkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6. Nehmen Sie Medikamente ein, die die Blutgerinnung hemmen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(z.B. Marcumar, ASS, Aspirin)			
5. Haben oder hatten Sie eine der nachstehenden Erkrankungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7. Erhalten Sie Medikamente für Ihren Knochenstoffwechsel?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8. Welche Medikamente nehmen Sie zur Zeit ein?	_____		
- Asthma/Lungenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____			
- Lebererkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9. Wann wurden Sie zum letzten Mal zahnärztlich geröntgt? Datum: _____			
- Magen-Darmerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10. Für Patientinnen: Sind Sie schwanger?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Nierenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11. Ist bei Ihnen eine ungewöhnliche Reaktion auf eine zahnärztliche Behandlungsmaßnahme (Spritze, Medikament) aufgetreten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wenn ja, was passierte? _____			
- Erkrankungen des Blutes (z.B. Blutgerinnungsstörungen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12. Rauchen Sie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Allergien bzw. Unverträglichkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wenn ja, seit wann? _____			
Penicillin <input type="checkbox"/> Jod <input type="checkbox"/>							
andere _____							
- Glaukom (grüner Star)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				

Wie wurden Sie auf uns aufmerksam?

Wer ist der Überweisende Arzt/Zahnarzt?

Wer ist Ihr Hausarzt?

Die umseitig abgedruckte Patienteninformation zum Datenschutz habe ich zur Kenntnis genommen.

Datum

Unterschrift Patient/in

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

Verantwortlich für die Datenverarbeitung ist:

MKG Leinetal, Dr. Dr. Florian Fialka und Dr. Dr. Martin Fricke, Altendorfer Tor 13, 37574 Einbeck und Brunnenweg 2, 31061 Alfeld (Leine).

Telefon 05561-9247420 und 05181-852840

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, Therapievorschlüsse und Befunde, die wir oder andere Ärzte erheben. Zu diesen Zwecken können uns auch andere Ärzte oder Psychotherapeuten, bei denen Sie in Behandlung sind, Daten zur Verfügung stellen (z.B. in Arztbriefen). 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, 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.

Zur Vermeidung unnötiger Röntgenstrahlung ist es vorgesehen, wenn möglich an anderer Stelle erstellte Röntgenaufnahmen zur Beurteilung anzufordern anstatt eigene neue Aufnahmen zu erstellen. Für den Versand von Röntgenaufnahmen von und zu ärztlichen und zahnärztlichen Kollegen aus werden per Post versendete beschreibbare CD-ROMs und verschlüsselte oder unverschlüsselte E-Mails oder die Übertragung über verschlüsselte Online-Speicher genutzt.

Wenn Gewebe zur histologischen Untersuchung an Pathologen gesendet wird, müssen für die korrekte externe Bearbeitung auch Patientendaten mit dem Gewebe weitergegeben werden, die ggf. durch den Pathologen an externe Abrechnungsstellen weitergegeben werden können.

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 Röntgenaufzeichnungen laut Paragraph 28 Absatz 3 der Röntgenverordnung.

5. 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 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:

Die Landesbeauftragte für den Datenschutz Niedersachsen, Prinzenstraße 5, 30159 Hannover

6. 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.

Ihr Praxisteam Dr. Dr. F. Fialka und Dr. Dr. M. Fricke