

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

herzlich willkommen in unserer kieferorthopädischen Praxis! Wir freuen uns, dass Sie uns gewählt haben und danken für Ihr Vertrauen.

Bitte füllen Sie den **Anmeldebogen** und den **Gesundheitsfragebogen** auf der Rückseite aus.

Bei der ersten Untersuchung werden die Mundfunktion, die Zungenfunktion, Atmung, die Zähne, die Knochenstruktur und das Gesichtsmuster untersucht.

▶ Familienname \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Geburtsort \_\_\_\_\_  
Strasse/Hausnummer \_\_\_\_\_  
PLZ/Wohnort \_\_\_\_\_  
(Vorwahl) Telefonnummer \_\_\_\_\_ E-Mail\* \_\_\_\_\_

▶ Beruf\* \_\_\_\_\_  
Berufliche Tätigkeit zur Zeit\* \_\_\_\_\_  
Arbeitgeber\* \_\_\_\_\_

▶ Versicherung \_\_\_\_\_  
 pflichtversichert  
 freiwillig versichert  
 privat versichert

▶ Empfohlen von\* \_\_\_\_\_  
Zahnarzt \_\_\_\_\_

▶ Bitte wenden

\* freiwillige Angabe

Was ist Ihr Anliegen? \_\_\_\_\_

	<b>ja</b>	<b>nein</b>
Wurde Ihnen die Vorstellung beim Kieferorthopäden vom Zahnarzt angeraten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Waren Sie schon einmal in kieferorthopädischer Behandlung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, wann? _____		
Wo? _____		
Wurden Sie schon einmal geröntgt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, im Kopfbereich?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wann? _____		
Leiden Sie an		
Herz- oder Kreislaufstörungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blutkrankheiten, bzw. haben Sie Schwierigkeiten mit langem Bluten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asthma, Heuschnupfen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nahrungsmittel- oder anderen Allergien?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche? _____		
gelegentlichen Hautreaktionen bei Modeschmuck/Nichtedelmetallen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nehmen Sie regelmässig Medikamente ein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche? _____		
Liegen Zuckerkrankheit oder andere Stoffwechselstörungen vor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wurden die Rachen- oder Gaumenmandeln bereits entfernt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Waren Sie während der letzten Jahre im Krankenhaus oder in ärztlicher Behandlung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, der Grund der Behandlung? _____		
Wurden Sie bereits operiert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche Operationen und wann? _____		
Für Patientinnen: Sind Sie schwanger?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben oder hatten Sie Gelbsucht oder eine andere schwere Infektionskrankheit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Name des behandelnden Hausarztes _____		

Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_  
 Wir bitten Sie, diesen Fragebogen sorgfältig auszufüllen!

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient, sehr geehrte Eltern,

der Schutz Ihrer personenbezogenen Daten ist uns wichtig.

Nach dem EU-Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) sind wir verpflichtet, Sie darüber zu informieren, zu welchem Zweck unsere Praxis Daten erhebt, speichert oder weiterleitet.

### **1. Verantwortlichkeit für die Datenverarbeitung**

Verantwortlich für die Datenverarbeitung ist:

Dr. Barbara Hübers | Dr. Nanna Wehr  
Alleestrasse 8  
77933 Lahr

Sie erreichen die zuständige Datenschutzbeauftragte Martina Kollmer unter:  
datenschutz@hueberswehr.de oder T 07821 983180.

### **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, Therapievorschläge und Befunde, die wir oder andere Ärzte erheben. Zu diesen Zwecken sind Sie einverstanden, dass uns auch andere Ärzte, Logopäden oder Physiotherapeuten, bei denen Sie in Behandlung sind, Daten zur Verfügung stellen können (z.B. Arztbriefe, Röntgenbilder).

Außerdem besteht ggf. die Notwendigkeit, dass wir Kontakt zu Ihrem Zahnarzt oder anderen ärztlichen Kollegen aufnehmen zum Austausch von patientenbezogenen Informationen und Gesundheitsdaten.

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 an Dritte, wenn dies gesetzlich erlaubt ist oder Sie eingewilligt haben.

Empfänger Ihrer personenbezogenen Daten sind vor allem andere Ärzte/Therapeuten, Kassenärztliche Vereinigungen, Krankenkassen, der Medizinische Dienst der Krankenversicherung, Ärztekammern und privatärztliche Verrechnungsstellen.

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 berechnigte Empfänger.

### **4. Speicherung Ihrer Daten**

Wir bewahren ihre personenbezogenen Daten nur solange auf, wie dies durch 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 Röntgenbilder 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 der 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 Behörde lautet:

Landesbeauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit Baden-Württemberg  
Königstrasse 10a  
70173 Stuttgart

## 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 gerne an uns wenden.

## 7. Kontaktaufnahme

Die Praxis kann u.a. zwecks Terminerinnerung, sowie im Sinne der Behandlung den Patienten bzw. den Erziehungsberechtigten informieren und diesbezüglich per Post, E-Mail oder mittels Telefonat Kontakt aufnehmen.

Ich bestätige die Information bezüglich des Datenschutzes erhalten zu haben und diesen Bestimmungen einzuwilligen. Diese Einverständniserklärung kann mündlich oder schriftlich gegenüber der Praxis jederzeit widerrufen werden.

▶ Name Patient \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum Unterschrift Patient/gesetzlicher Vertreter