

ANMELDE- UND ANAMNESEBOGEN



BEFINDEN SICH VERWANDTE/BEKANNTE BEI UNS IN BEHANDLUNG?

☐ Nein ☐ Ja/Name:

WURDE DER KIEFERBEREICH IN DEN LETZTEN 12 MONATEN GERÖNTGT?

☐ Nein ☐ Ja, bei Praxis:

PRESSEN ODER KNIRSCHEN SIE MIT DEN ZÄHNEN?

☐ Nein ☐ Ja

WURDE SCHON KIEFERORTHOPÄDISCH BEHANDELT?

☐ Nein ☐ Ja

HABEN SIE ALLERGIEN?

☐ Nein ☐ Ja. Welche

HABEN SIE ERKRANKUNGEN, VERLETZUNGEN ODER OPERATIONEN IM MUND-, KIEFER- ODER GESICHTSBEREICH?

☐ Nein ☐ Ja. Welche

LIEGT EINE SCHWERE INFEKTION (Z. B. HIV, TBC, HEPATITIS) VOR?

☐ Nein ☐ Ja. Welche

PATIENTINNEN: LIEGT EINE SCHWANGERSCHAFT VOR?

☐ Nein ☐ Ja

SIND HOBBY ODER BERUF VERBUNDEN MIT

☐ Gesang ☐ Geige ☐ Blasinstrument: ☐ Ballsport: ☐ Kampfsport:

RAUCHEN SIE?

☐ Nein ☐ Ja

Sie wünschen, dass folgende Besonderheiten berücksichtigt werden:

.....

DIE PRAXIS DR. UTE PILOT MÖCHTE IHNEN
ZUSÄTZLICH FOLGENDE INFORMATIONEN GEBEN:

Gesetzlich versicherte Patienten:

Wir bitten darum, uns rechtzeitig bei jedem Quartalswechsel Ihre Krankenversicherungskarte vorzulegen. Andernfalls gehen wir davon aus, dass Sie eine Privatbehandlung wünschen.

Privatpatienten, insbesondere Beihilfeberechtigte:

Erkundigen Sie sich bitte im Falle einer Behandlung möglichst vor Beginn der aktiven Therapie bei Ihrem Kostenträger über die mögliche Kostenerstattung. Eine vollständige Erstattung ist nicht immer gewährleistet.

.....
Datum

.....
Unterschrift

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie die Vollständigkeit und Richtigkeit Ihrer Angaben. Bitte teilen Sie uns Änderungen schnellstmöglich mit.

Wir freuen uns, dass Sie bei uns sind. Ihre Dr. Ute Pilot und das Praxisteam!

ANMELDE- UND ANAMNESEBOGEN

DR. UTE PILOT

KIEFERORTHOPÄDIN

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient, herzlich willkommen in unserer kieferorthopädischen Praxis.

Zur Anlage Ihrer persönlichen Behandlungskartei und im Interesse einer komplikationslosen Behandlung benötigen wir von Ihnen einige Angaben. Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen vollständig und richtig. Alle Angaben unterliegen nach § 203 StGB der ärztlichen Schweigepflicht.

PATIENT*IN

.....
Titel, Name, Vorname.....
Geburtsdatum, Geburtsort.....
Straße, Hausnummer,.....
PLZ, Ort.....
Telefon (privat),.....
Telefon (mobil).....
Beruf.....
E-Mail-Adresse.....
Name der Krankenkasse/-versicherung

☐ Privatversichert ☐ Beihilfeberechtigt ☐ Gesetzlich versichert ☐ KFO-Zusatzversicherung

HAUPTVERSICHERTE PERSON I ZAHLUNGSPFLICHTIGE*R

☐ identisch.....
Titel, Name, Vorname.....
Geburtsdatum, Geburtsort.....
Straße, Hausnummer,.....
PLZ, Ort.....
Telefon (privat),.....
Telefon (mobil).....
Beruf.....
E-Mail-Adresse.....
Name der Krankenkasse/-versicherung

ERZIEHUNGSBERECHTIGTE*R (falls abweichend von hauptversicherter Person/Zahlungspflichtige*r)

.....
Titel, Name, Vorname.....
Telefon

IHR ZAHNARZT I IHRE ZAHNÄRZTIN

.....
Titel, Name, Vorname.....
Ort

ANMELDE- UND ANAMNESEBOGEN

DR. UTE PILOT
KIEFERORTHOPÄDIN**Einverständniserklärung zwischen****(Name, Vorname)****und der Fachpraxis für Kieferorthopädie Dr. Ute Pilot.**

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

der Schutz Ihrer personenbezogenen Daten ist uns sehr 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.

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, Therapieansätze und Befunde, die wir oder andere Ärzte erheben.

Die Erhebung von Gesundheitsdaten ist Voraussetzung für Ihre Behandlung. Werden die notwendigen Informationen nicht bereitgestellt, kann eine sorgfältige Behandlung nicht erfolgen.

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 Zweck der Abrechnung der bei Ihnen erbrachten Leistungen sowie zur Klärung von medizinischen und sich aus Ihrem Versicherungsverhältnis ergebenden Fragen.

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.

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.

Rechtliche Grundlagen

Rechtsgrundlage für die Verarbeitung Ihrer Daten ist Artikel 9 Absatz 2 lit. h) DSGVO in Verbindung mit § 22 Absatz 1 Nr. 1 lit. b) Bundesdatenschutzgesetz.

Köln, den

Unterschrift