

## Patientendaten

Name, Vorname \_\_\_\_\_

Telefon mobil \_\_\_\_\_

Telefon privat \_\_\_\_\_

Email \_\_\_\_\_

Beruf \_\_\_\_\_

## Wie sind Sie versichert?

- Gesetzlich       mit Zusatzversicherung  
 Privat       Standard Tarif       Basis Tarif       beihilfeberechtigt

## Gesundheitsfragen

(bitte nur zutreffendes ankreuzen)

Leiden Sie an...

- |   |                                 |
|---|---------------------------------|
| <input type="radio"/> Herz-, Kreislaufbeschwerden                       | wenn ja, welche _____           |
| <input type="radio"/> Diabetes mellitus                                 | wenn ja, welche _____           |
| <input type="radio"/> Lungenerkrankungen                                | wenn ja, welche _____           |
| <input type="radio"/> Knochenerkrankungen (Osteoporose)                 | wenn ja, welche _____           |
| <input type="radio"/> Tumorerkrankungen                                 | wenn ja, welche _____           |
| <input type="radio"/> Blasen-, Nierenerkrankungen                       | wenn ja, welche _____           |
| <input type="radio"/> Schilddrüsenerkrankungen                          | wenn ja, welche _____           |
| <input type="radio"/> Lebererkrankungen                                 | wenn ja, welche _____           |
| <input type="radio"/> Bluterkrankungen                                  | wenn ja, welche _____           |
| <input type="radio"/> Infektionskrankheiten (Tbc, HIV, Aids, Hepatitis) | wenn ja, welche _____           |
| <input type="radio"/> Erkrankungen des Nervensystems                    | wenn ja, welche _____           |
| <input type="radio"/> Allergien   | wenn ja, welche _____           |
| <input type="radio"/> Nehmen Sie Medikamente ein? (Medikamentenliste)   | wenn ja, welche _____           |
| <input type="radio"/> Besteht eine Schwangerschaft                      | wenn ja, in welchem Monat _____ |
| <input type="radio"/> Rauchen Sie?                                      | wenn ja, wieviel am Tag _____   |
| <input type="radio"/> Wer ist ihr Hausarzt (Name, Ort)                  | _____                           |

Wie sind Sie auf uns Aufmerksam geworden?  Google  Empfehlung  beim vorbei gehen  Jameda

Sind Sie mit ihren Zähnen zufrieden?  Ja  Nein

## Servicehinweis

Wir bieten Ihnen den Service einer Bestellpraxis. Das heißt, an Ihrem Termin ist die Zeit nur für Sie reserviert. Wir bitten Sie daher, Termine rechtzeitig, jedoch min. 24 Stunden vorher abzusagen.

Wir möchten Sie im Rahmen des Recalls an Ihre halb-jährlichen Kontrolltermine erinnern. Sollten Sie dies nicht wünschen so teilen Sie dies am Empfang mit.

Mülheim, den \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_

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:**

Dr. David Leithäuser

**Praxisname:**

mülheimdental – Dr. D. Leithäuser

**Adresse:**

Wertgasse35, 45468 Mülheim an der Ruhr

**Kontaktdaten (z.B. Telefon, E-Mail):**

0208 38 0000, info@muelheimdental.de

## 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, Therapieempfehlungen 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, Labore, 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 berechtigte Empfänger.

## 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 Landesbeauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit Nordrhein-Westfalen, Postfach 20 04 44, 40102 Düsseldorf

## 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

zur Kenntnis genommen: Mülheim, den \_\_\_\_\_

Datum Unterschrift Patient(in) / Erziehungsberechtigte(r) / Vormund