



# FACHPRAXIS FÜR KIEFERORTHOPÄDIE

## Anamnesebogen

Bevor wir uns in Ruhe über Ihre kieferorthopädischen Wünsche oder Sorgen unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine adäquate und risikofreie Behandlung. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

### Patient

Herr/Frau/Kind: \_\_\_\_\_ Geb. Dat. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Anschrift

### Mitglied/ Versicherter

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname \_\_\_\_\_ Geb. Dat. \_\_\_\_\_

### Versicherung

\_\_\_\_\_  
Versicherung/ Krankenkasse \_\_\_\_\_ Beihilfe % \_\_\_\_\_

### Rechnungs- empfänger

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

\_\_\_\_\_  
Beruf \_\_\_\_\_ Arbeitgeber \_\_\_\_\_

### Sorge- Berechtigte/r

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

### Kommunikation

\_\_\_\_\_  
privat \_\_\_\_\_ beruflich \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Mobil \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

### Bestellpraxis

Wir sind immer bemüht, Ihnen lange Wartezeiten zu ersparen. Deshalb bitten wir Sie, vereinbarte Termine mindestens 24 Stunden vorher abzusagen, falls Sie verhindert sind. Wir sind berechtigt, nicht eingehaltene Termine auch Mitgliedern der gesetzlichen Krankenversicherung nach der privaten Gebührenordnung (GOZ) in Rechnung zu stellen.

\_\_\_\_\_  
Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift Patient/in bzw. Sorgeberechtigter/Vormund/gesetzl. Vertreter: \_\_\_\_\_

**Zahnarzt:**

wird dort eine Prophylaxe durchgeführt?  Ja  Nein

Name \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

**Medikamente**

Welche Medikamente wurden Ihnen verschrieben ?

\_\_\_\_\_

**Allergien/ besondere Erkrankungen/ Syndrom**

\_\_\_\_\_

Bitte Zutreffendes ankreuzen:

	ja	nein
Waren Sie bereits in kieferorthopädischer Behandlung?		
vegetative Erkrankungen/ Ohnmachtsanfälle/ Herzerkrankungen?		
Erkrankungen des Nervensystems/ Leiden Sie an epileptischen Anfällen?		
Bluterkrankungen/ Liegt eine Blutungsneigung vor?		
Infektionskrankheiten/ Hepatitis/ TBC/ HIV?		
Röntgen/ wurden Sie in den letzten 6 Monaten im Kiefer-, Kopf-, Zahnbereich geröntgt?		
Besteht eine Schwangerschaft?		
Bemerken sie Geräusche im Kiefergelenk ( z.B. beim Gähnen)		

Bei wem dürfen wir uns bedanken, dass sie/ er Ihnen unsere Praxis empfohlen hat? \_\_\_\_\_

Wurden Sie von Ihrem Zahnarzt in unsere Praxis überwiesen? \_\_\_\_\_

**Für Kassenpatienten:**

Bitte bringen Sie uns zu jeder Behandlung Ihre Versicherungskarte mit.

Es ist uns nicht gestattet, bei fehlendem Versicherungsnachweis im Quartal, mit Ihrer Krankenkasse abzurechnen.

In diesem Fall sind die angefallenen Leistungen dem Versicherten privat, im Rahmen der Gebührenordnung für Zahnärzte ( GOZ), in Rechnung zu stellen.

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift Patient/in bzw. Sorgeberechtigte/ Vormund/ gesetzl. Vertreter

## 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 entnehmen, welche Rechte Sie in puncto Datenschutz haben.

### 1. VERANTWORTLICHKEIT FÜR DIE DATENVERARBEITUNG

Verantwortlich für die Datenverarbeitung ist

Praxis  
Dr. Inka Kolenda  
Hässleholm 3, 24340 Eckernförde  
Tel.: 04351- 889 4004  
E- Mail: [info@kfo-eckernfoerde.de](mailto:info@kfo-eckernfoerde.de)

### 2. ZWECK DER DATENVERARBEITUNG

Die Datenverarbeitung erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben, um den Behandlungsvertrag zwischen Ihnen und Ihrem Fachzahnarzt für Kieferorthopädie betreffend Ihrer bzw. der Behandlung Ihres Kindes und den damit verbundenen Pflichten zu erfüllen.

Hierzu verarbeiten wir personenbezogene Daten von Ihnen bzw. Ihrem Kind, insbesondere auch Gesundheitsdaten. Dazu zählen Anamnesen, Diagnosen, Therapieansätze und Befunde, die wir oder andere Ärzte und/ oder Zahnärzte erheben. Zu diesen Zwecken können uns auch andere Ärzte und/ oder Zahnärzte, bei denen Behandlungen erfolgen, Daten zur Verfügung stellen (z.B. in Arztbriefen).

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

### 3. EMPFÄNGER IHRER DATEN

Wir übermitteln diese personenbezogenen Daten nur dann an Dritte, wenn dies gesetzlich erlaubt ist oder Sie eingewilligt haben.

Empfänger dieser personenbezogenen Daten können vor allem andere Ärzte/ Zahnärzte, Kassenzahnärztliche Vereinigungen, Krankenkassen, der Medizinische Dienst der Krankenkassen, Zahnärztekammern und privatärztliche Verrechnungsstellen sein.

Die Übermittlung erfolgt überwiegend zum Zwecke der Abrechnung der bei Ihnen bzw. Ihrem Kind erbrachten Leistungen, zur Klärung von medizinischen und sich aus Ihrem Versicherungsverhältnis ergebenden Fragen. Im Einzelfall erfolgt die Übermittlung der Daten an weitere berechnungsberechtigte Empfänger.

#### 4. SPEICHERUNG IHRER DATEN

Wir bewahren diese 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 §28 Absatz 3 der Röntgenverordnung.

#### 5. IHRE RECHTE

Sie haben das Recht, über die Sie bzw. Ihr Kind 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 Verarbeitung 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 bzw. der personenbezogenen Daten Ihres Kindes nicht rechtmäßig erfolgt.

Die Anschrift der für uns zuständigen Aufsichtsbehörde lautet:

Unabhängiges Landeszentrum für Datenschutz Schleswig – Holstein, Holstenstraße 98,  
24103 Kiel

#### 6. RECHTLICHE GRUNDLAGEN

Rechtsgrundlage für die Verarbeitung dieser Daten ist Artikel 9 Absatz 2 lit. h) DSGVO in Verbindung mit § 22 Absatz 1 Nr. 1 lit. b) Bundesdatenschutzgesetz. Sollten Sie Fragen haben, können Sie sich gern an uns wenden.

Ihr Praxisteam

---

Datum:

Unterschrift Patient/in bzw. Sorgeberechtigter/Vormund/gesetzl. Vertreter: