Name, Vorname:.....
Geb. am:.....Geburtsort:.....
Straße, Hausnummer:.....
PLZ, Stadt:.....
Telefon privat:.....mobil.....
Emailadresse:.....
Telefon tagsüber zu erreichen:.....
Versichert über Name, Vorname:.....
Krankenkasse:.....
Zahnärztliche Zusatzversicherung:.....

Alle Angaben werden von uns ggf. elektronisch gespeichert, unterliegen den strengen Bestimmungen des Datenschutzes und der ärztlichen Schweigepflicht und dienen ausschließlich dem internen Gebrauch zum Schutze des Patienten.

Ich bin damit einverstanden, daß ein **Foto** von mir in der elektronischen Patientenkartei abgespeichert wird. Dieses dient ausschließlich dem internen Gebrauch. Ja [ ] Nein [ ]

Akute/ chronische Erkrankungen des **Herz-/ Kreislaufsystems?** Ja [ ] Nein [ ]
Wenn ja, welche?
.....

Infektionskrankheiten (Hepatitis, TBC, HIV, AIDS etc.)? Ja [ ] Nein [ ]
Wenn ja, welche?
.....

Stoffwechselerkrankungen (Schilddrüse, Gicht, Diabetes etc.)? Ja [ ] Nein [ ]
Wenn ja, welche?
.....

Sonstige **Erkrankungen**?
.....
.....
.....

Welche **Allergien/ Unverträglichkeiten** haben Sie?
.....
.....
.....

Welche **Medikamente** nehmen Sie ein? Bekommen Sie **Infusionen**?
.....
.....
.....

Haben Sie in den letzten 2 Jahren eine **Endoprothese (Knie, Hüfte o.ä.)** erhalten? Ja[ ]Nein [ ]

Haben oder bekommen Sie derzeit **Bisphosphonate, Denosumab** o.ä. als Tablette oder Infusion? (**Osteoporose, Knochenmetastasen**)? Ja [ ] Nein [ ]

Schwangerschaft? Ja [ ] Nein [ ][ ] Monat

Wir möchten Sie darauf hinweisen, daß bei einer Leitungsanästhesie im Unterkiefer ein Verletzungsrisiko für den N. Lingualis (dauerhafte Taubheit der Zunge) mit einer Wahrscheinlichkeit von 1:400.000 besteht.

Ich erkläre mich damit einverstanden, daß meine Daten u. Befunde inkl. Röntgenbilder/ Fotos mit der ärztlichen Schweigepflicht unterstehenden Personen ausgetauscht werden dürfen.
Ich bestätige hiermit die Richtigkeit der obigen Angaben.

Datum:.....Unterschrift:.....

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

im Rahmen Ihrer Behandlung müssen wir Daten zu Ihrer Person, Ihrem Versicherungsstatus und zu Ihrem Gesundheitszustand erheben. Selbstverständlich werden diese Informationen durch unsere Praxis mit der größtmöglichen Sorgfalt verwaltet. Um Ihnen einen Überblick über die zu Ihnen geführten Daten und den Datenschutz der Praxis zu geben, anbei die folgende Informationen:

In unserer Praxis ist für den Datenschutz verantwortlich und steht Ihnen bei Fragen zur Verfügung:

Praxisinhaber	Dr. Sven Thomsen & Dr. Gabriele Göttsch
Rechtsform der Praxis	Gemeinschaftspraxis
Praxisadresse	Bramfelder Chaussee 309, 22177 Hamburg
Telefon	040 641 78 51
Telefax	040 600 39 414
E-Mail	info@praxis-thomsen-goettsch.de

Wir erheben, speichern, nutzen, übermitteln oder löschen folgende personenbezogene Daten:

- Interessenten und Patienten unserer Praxis, die natürliche Personen sind
- Allen anderen natürlichen Personen, die in Kontakt mit unserer Praxis stehen (z.B. Bevollmächtigte von Patienten, Erziehungsberechtigte von Patienten, Mitarbeiter juristischer Personen, Besucher unserer Internetseite)

Personenbezogenen Daten von Ihnen werden von uns erhoben, wenn Sie mit uns z.B. per E-Mail oder Telefon in Kontakt treten und einen Behandlungstermin ausmachen wollen. Erscheinen Sie zur Behandlung in unserer Praxis, werden von uns Daten zu Ihrem Versicherungsstatus sowie zum Gesundheitszustand und der durchgeführten Therapie erhoben. Dabei handelt es sich um besonders sensible Daten. Im weiteren werden Daten zur Abrechnung der erbrachten Leistungen verarbeitet.Folgende persönliche Daten verarbeiten wir:

Persönliche Angaben (z.B. Vor- und Nachnamen, Adresse, Geburtsdatum und -ort, E-Mail-Adresse, Telefonnummer, Versicherungsstatus); Gesundheitsdaten (Anamnese, Befunde, Therapie)

Angaben zu Kindern erheben wir nur dann, wenn diese durch die Erziehungsberechtigten in unserer Praxis als Patient vorgestellt werden.

Im Falle der Abrechnung Ihrer Behandlung erhält Ihre gesetzliche Krankenkasse und die zuständige Kassenzahnärztliche Vereinigung die erforderlichen Behandlungsdaten. Sind Sie privat versichert, erhält Ihre Privatkasse nur dann Daten, wenn Sie uns ausdrücklich dazu auffordern, Ihre Daten an die Kasse zu übermitteln. Aufgrund gesetzlicher Prüfpflichten kann der Zahnarzt verpflichtet sein, Röntgenbilder zur Prüfung durch die zuständige Behörde an die Zahnärztliche Stelle Röntgen zu übersenden.

Wollen Sie per E-Mail oder über unser Kontaktformular einen Behandlungstermin vereinbaren oder eine Frage an uns richten, werden die von Ihnen mitgeteilten Daten (Ihre E-Mail-Adresse, ggf. Ihr Name und Ihre Telefonnummer) von uns gespeichert, um Ihnen einen Behandlungstermin zuweisen oder die Anfrage beantworten zu können. Die in diesem Zusammenhang anfallenden Daten löschen wir, nachdem die Speicherung nicht mehr erforderlich ist, oder schränken die Verarbeitung ein, falls gesetzliche Aufbewahrungspflichten bestehen (Rechtsgrundlage ist Art. 6 Abs. 1 S. 1 lit. b DSGVO).

Um Sie im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung bzw. eines privatzahnärztlichen Behandlungsverhältnisses zu behandeln und diese Leistungen gegenüber der Kassenzahn-ärztlichen Vereinigung bzw. Ihnen als Privatpatienten abrechnen zu können, müssen wir Ihre persönlichen Daten und Gesundheitsdaten verarbeiten. Rechtsgrundlage dieser Datenverarbeitung ist damit die Verarbeitung von Daten für den Zweck der Erfüllung praxiseigener Behandlungsverträge bzw. zur Durchführung vorvertraglicher Maßnahmen für diese Behandlungsverträge (Art. 6 Abs. 1 lit. b DSGVO), die Wahrnehmung gesetzlicher Dokumentationsverpflichtungen (Art. 6 Abs. 1 lit. c DSGVO) und im Rahmen der Forderungsdurchsetzung (Art. 6 Abs. 1 lit. f DSGVO). Ihre im Zusammenhang mit dem Behandlungsverhältnis verarbeiteten Daten speichern wir gemäß der gesetzlichen Vorgaben aus dem Patientenrechtegesetz (BGB) und der Berufsordnung sowie der Abgabeordnung (Steuer) für mindestens 10 Jahre. Das Erhalten von Beweismitteln für rechtliche Auseinandersetzungen im Rahmen der gesetzlichen Verjährungsvorschriften kann aufgrund der zivilrechtlichen Verjährungsfristen von bis zu 30 Jahre, wobei die regelmäßige Verjährungsfrist drei Jahre beträgt, eine über 10 Jahre hinausgehende Aufbewahrung nach sich ziehen.

Verarbeitung von Personen- und Gesundheitsdaten der Patienten für den Zweck der Patienteninformation im Rahmen eines Recall-Systems zur zahnmedizinischen Prävention (Rechtsgrundlage gemäß Art. 6 Abs. 1 lit. a DSGVO)

Sie haben gegenüber uns folgende Rechte hinsichtlich der Sie betreffenden personenbezogenen Daten: Recht auf Auskunft, Recht auf Berichtigung oder Löschung, Recht auf Einschränkung der Verarbeitung, Recht auf Widerspruch gegen die Verarbeitung, Recht auf Datenübertragbarkeit.

Sie haben die Möglichkeit, sich über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten durch uns zu beschweren:

Der Hamburgische Beauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit, Klosterwall 6 (Blo ck C), 20095 Hamburg, Tel.: (040) 4 28 54 - 40 40, E-Fax: (040) 4 279 – 1181, E-Mail: mailbox@datenschutz.hamburg.de

Hamburg, den.....Unterschrift: .....