



Aufnahmebogen

Bitte vor der Behandlung ausfüllen und bei der Anmeldung abgeben!

Patient: _____
NAME VORNAME GEB. AM

Mitglied: _____
NAME VORNAME GEB. AM

Anschrift: _____
STRASSE / NR. PLZ ORT

Telefon: _____
PRIVAT DIENSTLICH

Beruf: _____ Arbeitgeber: _____

Krankenkasse: _____ Freiw. versichert: ja nein

Überweisender Arzt _____ Hausarzt _____

Stehen Sie in dauernder ärztlicher Behandlung? ja nein

Herz:	Koronare Herzkrankheit	Nervensystem:	Anfallsleiden
	Unregelmäßiger Herzschlag		Depression
	Herzschwäche	Allergien:	_____
	Herzschrittmacher		Medikamentenallergie
Kreislauf:	Erhöhter Blutdruck		Penicillin-Allergie
	Niedriger Blutdruck		Heuschnupfen
Blut:	Blutarmut (Anämie)	Hepatitis:	A B C
	Blutungsneigung		AIDS / HIV
	Nehmen Sie gerinnungs-		Andere Infektions- oder
	hemmende Medikamente?		ansteckende Krankheiten
Knochen:	Osteoporose		Schilddrüsenerkrankung
			Nierenerkrankung
			Diabetes

Nehmen Sie zurzeit Medikamente? Wenn ja, welche?

Lunge: Asthma chronische Bronchitis

Sind Sie schwanger? Wenn ja, welcher Monat? _____

Krebserkrankung: Wenn ja, welcher Art? _____

Sonstige Krankheiten: _____



Aufklärung vor operativen Eingriffen im Kieferbereich

Bei allen Operationen kann es zu vorübergehenden Schwellungen, Nachblutungen, Infektionen oder Narbenbildungen kommen. Dies sind keine schwerwiegenden Komplikationen, obwohl sie natürlich Ihr Wohlbefinden beeinträchtigen. Trotz aller ärztlichen Sorgfalt und Präzision kann es in seltenen Fällen zu folgenden Komplikationen kommen:

- Bei der Entfernung von Weisheitszähnen und Wurzelspitzenkappungen von Unterkieferseitenzähnen können Nervverletzungen auftreten, die zu einem Taubheitsgefühl im Bereich der Unterlippe oder Zunge führen können.
- Bei extrem verlagerten Zähnen, sehr großen Zysten oder bei einem stark geschwächten Unterkiefer kann ein Kieferbruch auftreten.
- Nachbarzähne im OP-Gebiet können geschädigt werden.
- Bei Operationen im Bereich der Gesichtshaut können Empfindungsstörungen in der betroffenen Region auftreten. In Ausnahmefällen sind Funktionsstörungen der Gesichtsmuskulatur möglich.

All diese Komplikationen treten glücklicherweise nur selten auf. Eingehendere Informationen über Risiken erhalten Sie vor Ihrem geplanten Eingriff.

Hiermit versichere ich, diese Risikoaufklärung gelesen und verstanden zu haben. Zudem versichere ich, dass ich die Angaben zur Anamnese nach bestem Wissen und Gewissen gemacht habe.

Fulda, den: _____

Unterschrift Patient / Erziehungsberechtigter

Alle Angaben, die Sie auf diesem Fragebogen machen, unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht und dienen Ihrer und unserer Sicherheit.



Datenschutzerklärung

Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Für die Kommunikation mit unserer Praxis (Terminbestätigung, Änderungen, Rückfragen, etc.) erteile ich die Genehmigung für folgende Wege:

Telefon Festnetz: _____

Mobil inkl. _____

E-Mail-Adresse: _____

Ich bin damit einverstanden, dass meine personenbezogenen Daten und Befunde im Rahmen der Behandlung (Zweckbestimmung), unter Beachtung der datenschutzrechtlichen Vorschriften erhoben, verarbeitet und an weiterbehandelnde Ärzte / Zahnärzte und Kliniken übermittelt werden dürfen. Dies gilt auch für von uns einzuholende Vorbefunde anderer Ärzte / Zahnärzte und Kliniken.

Zusätzlich bin ich damit einverstanden, dass Informationen an die folgenden Personen / Angehörigen weitergegeben werden, nachdem deren Identität festgestellt wurde:

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Diese Erklärung kann jederzeit, mit Wirkung für die Zukunft, widerrufen werden.

Das Informationsblatt zum Thema Datenschutz sowie zur Datenverarbeitung habe ich zur Kenntnis genommen.

Ort, Datum

Unterschrift Patient/-in

Informationen zum Datenschutz sowie zur Datenverarbeitung in unserer Praxis

Liebe Patientin, lieber Patient,

mit diesem Flyer möchten wir Sie über die Datenverarbeitung in unserer Praxis informieren und unserer datenschutzrechtlichen Informationsverpflichtung aus der Europäischen Datenschutz-Grundverordnung und dem neuen BDSG nachkommen. Die Datenverarbeitung erfolgt aufgrund einer gesetzlichen Grundlage oder Ihrer Einwilligung.

Sofern für die Datenverarbeitung Ihr Einverständnis erforderlich ist, können Sie dieses jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen oder einschränken.

Sie haben das Recht, soweit die Voraussetzungen hierfür vorliegen, Auskunft zu Ihren verarbeiteten Daten zu erhalten sowie auf deren Berichtigung oder Löschung, auf Einschränkung der Verarbeitung sowie auf deren Übertragung.

Datenaufnahme:

Bei jedem Kontakt wird Ihre Versichertenkarte in unser elektronisches Praxis-Verwaltungs-System (PVS) eingelesen. Dabei werden folgende Daten erhoben:

Name, Adresse, Geburtsdatum, Kostenträger und Versicherungsnummer

Im weiteren Kontakt erheben wir bei Ihnen Befunde und Diagnosen, verordnen Therapien und füllen für Sie durch die **kassenzahnärztliche (KZVH)** Vereinigung Hessen vorgegebene Musterformulare (Rezepte, AU, u.ä.) aus. Dies alles muss überprüfbar patientenbezogen in unserem PVS gespeichert werden. Eine nachträgliche Bearbeitung und Änderung Ihrer personenbezogenen Daten lässt das PVS nach Einlesen der Versichertenkarte nicht zu. Schriftliche (Fremd-)Befunde werden in die individuelle Patientenkartekarte eingelegt. Eine elektronische Speicherung mittels Dokumentenscanner ist zukünftig geplant.

Jeder Patient erhält beim Erstkontakt eine Datenschutzerklärung, mit der Sie uns schriftlich die Datenweitergabe an Ihre weiterbehandelnden Ärzte / Zahnärzte erlauben können.

Bitte beachten Sie, dass unter Umständen auch eine gesetzliche Pflicht zur Weitergabe der Daten bestehen kann.

Was geschieht mit Ihren Daten?

Wir benötigen Ihre Daten, um Sie für die **KZV Hessen und die Krankenkassen** nachprüfbar behandeln zu können (Zweck). Alle Verordnungen sind patientengebunden und benötigen Name, Anschrift, Geburtsdatum, Kostenträger und Versicherungsnummer. Haben wir diese Daten nicht, können wir Ihnen z.B. keine Rezepte ausstellen. Die Datenerhebung ist daher für Ihre Behandlung erforderlich.

Die folgenden Daten werden auf unserem Server passwortgeschützt gespeichert:

- Akut- (für das aktuelle Quartal) und Dauerdiagnosen (quartalsübergreifend).
- Befunde, Anamnesen, Therapievorschläge, Abrechnungsziffern für das jeweilige Quartal.
- Alle elektronisch erstellten Formulare sowie alle Verordnungen müssen überprüfbar dauerhaft gespeichert werden.

Zugang hat nur autorisiertes Praxispersonal. Ihre Daten (Befunde, Arztbriefe etc.) werden nach den jeweiligen gesetzlich vorgeschriebenen Fristen aufbewahrt (z.B. Arztbriefe für 10 Jahre). Ggf. kann eine längere Aufbewahrung erforderlich sein.

Wer bekommt Ihre Daten übermittelt?

- Die **Kassenzahnärztliche Vereinigung Hessen (KZVH)** zur Abrechnung und Prüfung auf Korrektheit der Daten (bei gesetzlich Versicherten)
- Deutsches Zahnärztliches Rechenzentrum GmbH - zur Privatabrechnung
- Auf Verlangen der Prüfkommision müssen Ihre Daten mit allen Verordnungen im Rahmen einer Regressprüfung übermittelt werden.
- Auf Verlangen des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen zur Prüfung der Behandlung
- Ihre Krankenkasse oder die Berufsgenossenschaft erhält die für die Abrechnung relevanten Daten.
- Auf Verlangen die Röntgenstelle der LZKH (Landeszahnärztekammer Hessen)
- Bei bestimmten Infektionserkrankungen ist eine Meldung an das Gesundheitsamt gesetzlich vorgeschrieben.
- Laborärzte, Zahnlabore bzw. Histologen, sofern eine entsprechende Diagnostik für die Behandlung erforderlich ist.
- Zur Wahrnehmung berechtigter Interessen der Arztpraxis kann die Inanspruchnahme anwaltlicher oder gerichtlicher Hilfe erforderlich sein.
- Andere Ärzte, Versicherungen und andere Institutionen erhalten **nur** mit **separater Einwilligung** durch Sie die für den jeweiligen Fall notwendigen Daten.

Bei Fragen zum Datenschutz wenden Sie sich gerne an:

datenschutz@oralchirurgie-frauenberg.de

Sollten weitergehende Fragen auftreten, haben Sie jederzeit das Recht, sich an den Hessischen Datenschutzbeauftragten zu wenden.

Ihr Team der Fachpraxis Oralchirurgie am Frauenberg

Gerne können Sie sich an der Anmeldung ein Exemplar für Ihre Unterlagen aushändigen lassen!