



# ANMELDEBOGEN / ANAMNESE

Anrede/ Titel: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_ PLZ/Wohnort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_ Beihilfefähig:  JA  NEIN

Zahnezusatzversicherung:  JA  NEIN Pflegestufe:  JA  NEIN wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Alternativer Rechnungsempfänger (Name/Geburtsdatum/Anschrift): \_\_\_\_\_

**WAS IST IHR HAUPTANLIEGEN?** (Zutreffendes bitte ankreuzen)

	ja	nein
Haben Sie Zahnschmerzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Kiefergelenkschmerzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blutet Ihr Zahnfleisch?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zieht sich Ihr Zahnfleisch zurück?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Ihre Zähne überempfindlich? (z.B. kalt/warm)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind bei Ihnen Zähne gelockert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wurden Röntgenbilder erstellt? (s. Röntgenpass)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> wenn ja wann/wo? _____
Sonstige Anliegen _____		

**GESUNDHEITLICHE RISIKEN?** (Zutreffendes bitte ankreuzen)

	ja	nein
Herz-/ Kreislauferkrankungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bluthochdruck?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erhöhte Blutungsneigung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzklappenfehler?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzschrittmacher?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asthma?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arzneiunverträglichkeiten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> wenn ja welche? _____
Allergien?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> wenn ja welche? _____
Nehmen Sie Medikamente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> wenn ja welche? _____
Operationen/ Bluttransfusionen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> wenn ja welche? _____
Infektionskrankheiten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> wenn ja welche? _____
Besteht eine Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> wenn ja welche Woche? _____

**ALLGEMEINE INFORMATIONEN?** (Zutreffendes bitte ankreuzen)

	ja	nein
Sind Sie mit der Ästhetik Ihrer Zähne zufrieden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?	_____	

**WÜNSCHEN SIE INFORMATIONEN ÜBER** (Zutreffendes bitte ankreuzen)

	ja	nein
Ästhetische Zahnheilkunde?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Amalgamentfernung/ Ausleitung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zahnfarbene Keramikfüllungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aufhellung von Zähnen (Bleaching)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Professionelle Zahnreinigung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Parodontitistherapie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ozontherapie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Implantatversorgung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hochwertigen Zahnersatz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Knirscherschienen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sportmundschutz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

\_\_\_\_\_  
Datum/Unterschrift

## Terminvereinbarung

Zahnarztpraxis  
Dr. Frank Friedrich  
Uhlandstraße 175  
10719 Berlin

---

Sehr geehrte Patientin.

Sehr geehrter Patient,

Sie haben sich für eine zahnärztliche Behandlung und/oder Prophylaxebehandlung bei uns entschieden. Darum bitten wir Sie, auch im Interesse anderer Patienten, folgende Regelung zu beachten:

Sie erklären sich damit einverstanden, einen bereits vereinbarten Behandlungstermin spätestens 24 Stunden vorher telefonisch (auch per Anrufbeantworter möglich) abzusagen, wenn Sie verhindert sein sollten. Wir möchten Sie höflichst darauf hinweisen, dass wir gemäß §§ 280, 611, 615 BGB berechtigt sind, Ihnen ein Ausfallhonorar in Höhe der individuellen und geplanten Behandlung, max. jedoch 90,-€ pro angefangener Stunde in Rechnung zu stellen, falls Sie den Termin nicht rechtzeitig absagen bzw. verschieben lassen.

Vielen Dank für Ihr Verständnis.

Ihr zahnärztliches Behandlungsteam  
Dr. Frank Friedrich

Berlin, den \_\_\_\_\_

Berlin, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Patient/in

\_\_\_\_\_  
Zahnarzt

**Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung** für die Verarbeitung personenbezogener Patientendaten gemäß Art. 6, 7 Abs. 1 lit. a. DSGVO

**Zahnarztpraxis  
Dr. med. dent. Frank Friedrich  
Uhlandstraße 175  
10719 Berlin-Charlottenburg**

## Unser Service für die Terminerinnerung (Recall)

via  Post,  E-Mail,  SMS,  Telefon

Liebe Patientin, lieber Patient,

haben Sie Interesse an unserem Erinnerungsservice für den jährlichen Zahnarztbesuch? Dann darf ich Sie bitten, dies durch Ihre Unterschrift zu dokumentieren. Sollten Sie noch Fragen haben, wenden Sie sich bitte an uns. Wir antworten Ihnen gerne.

---

Ich bin bereit, an Ihrem Recall-Service teilzunehmen. Dafür stimme ich der Speicherung meiner personenbezogenen Daten durch die Praxis zu.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder via E-Mail ([datenschutz@zahnarzt-uhland175.de](mailto:datenschutz@zahnarzt-uhland175.de)) an die Praxis widerrufen kann (Art. 7 Abs. 3 DSGVO).

Mir ist bekannt, dass mein Widerruf die Rechtmäßigkeit der Einwilligung bis zum Zeitpunkt des Widerrufs die bisherige Verarbeitung nicht berührt (Art. 7 Abs. 3 Satz 2 DSGVO).

Berlin, den \_\_\_\_\_

**X**

\_\_\_\_\_ **>>>>bitte wenden**

Patient/in

## **PATIENTENINFORMATION ZUM DATENSCHUTZ**

### **Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung gemäß Artikel 6, 7 Abs. 1 lit. a. EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO)**

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, verarbeitet oder ggf. weiterleitet. Selbstverständlich unterliegen wir weiterhin der ärztlichen Schweigepflicht. Dieser Information können Sie auch entnehmen, welche Rechte Sie in puncto Datenschutz haben.

#### **1. VERANTWORTLICH FÜR DIE DATENVERARBEITUNG**

**Zahnarztpraxis Dr. med. dent. Frank Friedrich**

**Uhlandstraße 175 | 10719 Berlin**

**Ansprechpartner: Herr Christian Voigt**

**Tel.: 030/28 24 566 | E-Mail: [datenschutz@zahnarzt-uhland175.de](mailto:datenschutz@zahnarzt-uhland175.de)**

#### **2. ZWECK DER DATENVERARBEITUNG**

Die Datenverarbeitung erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben, um den Behandlungsvertrag zwischen Ihnen und Ihrem Zahnarzt 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 ggf. andere Ärzte/ Zahnärzte oder Physiotherapeuten (wie z.B. Arztbriefe oder Röntgenbilder) erheben. Die Erhebung von Gesundheitsdaten ist Voraussetzung für Ihre Behandlung. Werden die notwendigen Informationen nicht bereitgestellt, kann eine sorgfältige Behandlung nicht erfolgen.

Weiterhin beauftragen wir unter Umständen für die Durchführung einer prothetischen Zahnbehandlung, ein externes Dentallabor. Hierüber werden wir Sie jedoch immer gesondert unterrichten.

Unsere Praxis bietet Ihnen ein Recall bzw. Terminerinnerungssystem an, welches Sie unverbindlich an einen fälligen Zahnvorsorge- oder professionellen Zahnreinigungstermin erinnern soll. Wir senden Ihnen hierzu ggf. ein- bis zweimal jährlich (alle 6 bzw. 12 Monate) auf postalischen Weg, per E-Mail oder per SMS eine Information zu. Selbstverständlich haben Sie das Recht, uns Ihren bevorzugten Übermittlungsweg zu nennen oder aber diesen Service nicht in Anspruch zu nehmen.

#### **3. EMPFÄNGER IHRER DATEN**

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

Empfänger Ihrer personenbezogenen Daten können vor allem andere Ärzte/ Zahnärzte, Physiotherapeuten, Kassenzahnärztliche Vereinigungen, Krankenkassen, der Medizinische Dienst der Krankenversicherung, Zahnärztekammern, Dentallabore 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 gesetzlich berechnigte Empfänger.

**>>>>bitte wenden**

#### 4. SPEICHERUNG IHRER DATEN

Wir bewahren Ihre personenbezogenen Daten nur solange auf, wie dies für die Durchführung Ihrer 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, z. B. 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 jederzeit 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:**

**Berliner Beauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit**

**Friedrichstraße 219, 10969 Berlin**

#### 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 vertrauensvoll an uns wenden.

Ihr zahnärztliches Behandlungsteam

Dr. Frank Friedrich

---

#### Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung gem. Artikel 6, 7 Abs. 1 lit. a. DSGVO

Ich stimme hiermit der Speicherung und der Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten durch die Zahnarztpraxis Dr. Frank Friedrich zu.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich (auch per E-Mail) an die Praxis widerrufen kann (Art. 7 Abs. 3 DSGVO).

Mir ist bekannt, dass mein jederzeit möglicher Widerruf der Einwilligung die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt (Art. 7 Abs. 3 Satz 2 DSGVO).

Berlin, den \_\_\_\_\_

---

Unterschrift Patient/in