



ANAMNESBOGEN / PATIENT QUESTIONNAIRE

Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen / Please fill out in Block Letters!

KONTAKTDATEN PATIENT / CONTACT DETAILS PATIENT

Familienname / Surname

Straße, Hausnummer / Street, Number

Vorname / First Name

PLZ, Wohnort / Zip-Code, Residence

Geburtsdatum / Date of birth

E-Mail / E-Mail

Saatsangehörigkeit / Nationality

Telefon (Handy) / Mobile

Sprachkenntnisse / Spoken languages

Telefon / Phone

BEI MINDERJÄHRIGEN KONTAKTDATEN ERZIEHUNGSBERECHTIGTER // IF UNDER AGE CONTACT DETAILS LEGAL GUARDIAN

Familienname / Surname

Vorname / First Name

Straße, Hausnummer / Street, Number

PLZ, Wohnort / Zip-Code, Residence

KRANKENVERSICHERUNG / INSURANCE

Gesetzlich / Public

Privat / Privately

Basistarif

Zusatzversichert / Dental Insurance

KONTAKTDATEN HAUSARZT / CONTACT DETAILS FAMILY DOCTOR

BESCHWERDEN / SYMPTOMS

Unter welchen Beschwerden leiden Sie? / Which symptoms do you suffer from?

BEHANDLUNGSWUNSCH / TREATMENT REQUEST

Kontrolluntersuchung / Check-Up

Zahnästhetik / Cosmetics (Bleaching, etc.)

Zahnersatz / Dentures

Prophylaxe / Professional teeth cleaning

MEDIZINISCHE VORGESCHICHTE / MEDICAL HISTORY

Allergien (welche?) / Allergies (which?)

Infektionskrankheiten (Hepatitis, HIV, Tuberkulose) welche? / Infectious diseases (Hepatitis, HIV, Tuberculosis) which?

Regelmäßige Medikamenteneinnahme (welche?) / Regular medication (which?)

Andere, nicht aufgeführte Erkrankungen / Other, not listed diseases

Schwangerschaft / Pregnancy

Diabetes / Diabetes

Schilddrüsenerkrankung / disease of thyroid gland

Nierenerkrankung / diseases of kidney

Schlaganfall / Stroke

Epilepsie / Epilepsy

Depressionen / Depressions

Welche Woche? / Which week?

Blutgerinnungsstörung / Bleeding disorder

Herz- oder Kreislaufkrankungen / heart disease, circulatory trouble

Asthma / Asthma

Tumor, Krebs / Tumors, Cancer

Magen- Darmerkrankung / Gastro-Intestinal disease

Welche Drogen? / Which Drugs?

Rauchen Sie? / Do you smoke?

Nehmen Sie Drogen? / Do you use drugs?

WIE HABEN SIE VON UNS ERFAHREN? / HOW DID YOU HEAR ABOUT US?

Google Suche / Google Search

Empfehlung / Recommendation

Werbeanzeige / Advertising

Sonstiges / Other

UNTERSCHRIFT / SIGNATURE

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit der gemachten Angaben und die umseitige Erklärungen zum Datenschutz gelesen zu haben. / With my signature, I certify the accuracy of the information and that I have read the data protection information on the back site.

Berlin, den

Datum / Date

Unterschrift / Signature

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

wir verpflichten uns, mit Ihren persönlichen Daten sorgsam umzugehen. Die Daten, die Sie uns im Rahmen der zahnmedizinischen Behandlung anvertrauen, werden von uns nur genutzt, um Ihnen die bestmögliche (zahn-)medizinisch notwendige Behandlung zu ermöglichen. Im Rahmen der zahnärztlichen Behandlung erfassen wir in unserer Praxis personenbezogene Daten und speichern diese. Dabei wird in unseren EDV-Systemen u. a. Ihr Name, Ihre Anschrift, das Geburtsdatum, die E-Mail Adresse, Telefonnummer und notwendige Informationen zum Zahnstatus und der geplanten bzw. erfolgten Behandlung aufgenommen (personenbezogene Daten).

Die Erhebung, Speicherung und Verarbeitung Ihrer Daten ist gemäß Art. 6 Abs. 1 b Europäischer Datenschutz-Grundverordnung (EU-DSGVO) und Art. 9 Abs. 2 h EU-DSGVO notwendig und zulässig.

Eine Weitergabe Ihrer personenbezogenen Daten z. B. an Ihre Krankenversicherung, an die Unfallversicherung, den medizinischen Dienst der Krankenkassen erfolgt nur, wenn wir gesetzlich dazu verpflichtet sind, die Weitergabe im Rahmen unseres Behandlungsvertrages erforderlich ist oder Sie in die Weitergabe eingewilligt haben.

Die von uns gespeicherten Daten werden gelöscht, wenn Sie für den Zweck der Erhebung, Speicherung und Verwendung nicht mehr benötigt werden oder gesetzliche Aufbewahrungspflichten z. B. im Rahmen der Patientenrechte, der Röntgenverordnung oder vor dem Hintergrund von möglichen Gewährleistungs- oder Haftungsansprüchen nicht mehr bestehen.

Über die angegebene Anschrift, E-Mail Adresse und Telefonnummer werden Sie von uns über zukünftige Termine und Vorsorgeuntersuchungen informiert. Auf Grundlage der EU-DSGVO können Sie uns gegenüber – beschränkt z. B. durch gesetzliche Fristen oder Rechte – auf Berichtigung und Löschung Ihrer Daten bestehen, Auskunft über die von uns gespeicherten Daten verlangen bzw. die Datenverarbeitung, Datennutzung und Datenweitergabe einschränken.

Sollten Sie mit der Erfassung und Verarbeitung Ihrer Daten nicht einverstanden sein, oder vermuten Sie einen Verstoß gegen das Datenschutzrecht, dann sprechen Sie uns bitte an. Auch steht Ihnen die Beschwerde beim Landesbeauftragten für Datenschutz in Berlin offen:

Berliner Beauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit
Friedrichstr. 219
10969 Berlin

Ihre Zahnarztpraxis Kottident