

Dr. med. dent. Peter & Patrick Kleemann M.Sc.
Gemeinschaftspraxis für Zahnheilkunde & Kieferorthopädie

Duisburger Str. 84 - 46535 Dinslaken - Tel (0 20 64) 13 777 - Fax 59 864

Vollkeramik-Restaurationen Laserzahnheilkunde Kieferorthopädie für Kinder und Erwachsene

HERZLICH WILLKOMMEN IN UNSERER GEMEINSCHAFTSPRAXIS

Bevor wir uns mit Ihnen über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Angaben über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine adäquate und risikoarme Behandlung. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Patientendaten

Name des Patienten: _____
geb. am: _____
Geburtsort: _____
Anschrift: _____

Name der Krankenkasse: _____

Bitte bei einer gesetzlichen Kasse angeben:

Pflichtversichert? **ja** [] **nein** []
Freiwillig versichert? **ja** [] **nein** []
Privat zahnärztlich zusatzversichert? **ja** [] **nein** []
Haben Sie die Kostenerstattung gewählt? **ja** [] **nein** []

Bitte bei einer Privatversicherung angeben:

Beihilfeberechtigt? **ja** [] **nein** []

Telefon: _____

Fax: _____

Mobil: _____

Telefon Büro: _____

E-Mail-Adresse: _____

Beruf: _____

Versichertendaten (sofern sie von den Patientendaten abweichen)

Rechnung an Patienten oder Versicherten? _____

Versicherter: _____

geb. am: _____

Anschrift: _____

Haben Sie Interesse an regelmäßiger Vorsorge,
um erneute Erkrankungen zu vermeiden? **ja** [] **nein** []

Wie möchten Sie an Ihren nächsten Vorsorgetermin erinnert
werden? [] **telefonisch** [] **schriftlich**

**Dr. Peter & Patrick Kleemann M.Sc.
Zahnarzt & Kieferorthopäde**

Duisburger Str. 84 - 46535 Dinslaken - Tel: 02064-13777 - Fax: 02064-59864
Zahn- u. Kieferregulierung für Kinder und Erwachsene - Laserzahnbehandlungen

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. Name und Kontaktdaten des für die Verarbeitung Verantwortlichen sowie des betrieblichen Datenschutzbeauftragten gemäß Artikel 4 Abs. 7 DSGVO

Die Verantwortlichkeit für die Datenverarbeitung obliegt der:

Gemeinschaftspraxis Dr. Peter & Patrick Kleemann
vertreten durch die Praxisinhaber Dr. Peter & Patrick Kleemann
Duisburger Str. 84, 46535 Dinslaken
Telefon: 02064-13777 / Telefax: 02064-59864 E-Mail: info@smartdental.de

2. Kategorien Ihrer personenbezogenen Daten und Zweck der Datenverarbeitung

Die Datenverarbeitung erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben, um den Behandlungsvertrag zwischen Ihnen und Ihrem Fachzahnarzt / 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, Therapievorschläge 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 wir gesetzlich dazu verpflichtet sind, die Weitergabe im Rahmen des Behandlungsvertrages erforderlich ist und Sie freiwillig eingewilligt haben. Empfänger dieser personenbezogenen Daten können vor allem andere Ärzte/ Zahnärzte, Kassenzahnärztl. Vereinigung (KZV Nordrhein in Düsseldorf), Krankenkassen, der Mediz. Dienst der Krankenversicherungen, Zahnärztekammern (ZAÄK Düsseldorf) und privat Zahnärztliche Verrechnungsstellen (ZVD-Zahnärztliche Verrechnungsstelle Schulgasse 17, 86641 Rain) und Fremdlabore sein (wie z.B. Dentallabor Schulewski Dinslaken, Permamental Emmerich, Lasinski GmbH Duisburg, Sirona Connect Bensheim) sein.

4. Speicherung Ihrer Daten und Rechte

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. Auf Grundlage der der EU-DGSVO können Sie uns gegenüber – beschränkt z.B. durch gesetzliche Fristen und Rechte – auf Berichtigung und Löschung Ihrer Daten bestehen, Auskunft über die von uns gespeicherten Daten verlangen bzw. die Datenverarbeitung 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 bei der Landesbeauftragten für Datenschutz In Düsseldorf offen:

Helga Bock, Kavalleriestr. 2-4, 40213 Düsseldorf

Ihre Zahnarztpraxis Dr. Peter & Patrick Kleemann

Bitte lesen Sie die Einverständniserklärung für die "Zahnärztliche Verrechnungsstelle Deutschlands e.V." auf der Rückseite

- →

Einverständniserklärung für die "Zahnärztliche Verrechnungsstelle Deutschlands e.V."

Sehr geehrter Patient / Patientin,

wir haben Sie darüber informiert und aufgeklärt, dass die Abrechnungsunterlagen Ihrer zahnärztlichen Behandlung bei Nichteinhaltung der vorgegebenen Zahlungsfrist (Zahlungsfrist nach der 1. Mahnung) an die:

ZVD - Zahnärztliche Verrechnungsstelle Deutschlands e.V.
Schulgasse 17
86641 Rain am Lech

abgetreten wird. Für die weitere Bearbeitung ist dann die "ZVD" zuständig und für die damit entstehenden Kosten sind Sie selbst verantwortlich.

Einwilligung der Datenverarbeitung und Einverständnis der Abtretungsinformation:

Bitte vollständig ausfüllen:

Hiermit stimme ich, _____ geb. am _____
Name und Vorname in Druckbuchstaben Geburtsdatum
den o.g. Bedingungen und der Patienteninformatiön (genannt auf der Rückseite) zu.

(bei Minderjährigen bitte
Daten des Kindes ergänzen): _____ geb. am: _____
Name und Vorname in Druckbuchstaben Geburtsdatum

Ich willige freiwillig ein:

Datum, Unterschrift Patient/in bzw. Sorgeberechtigter/Vormund/gesetzl. Vertreter