

Erfassungsbogen

I. Persönliche Angaben

Bitte geben Sie uns Ihre vollständigen Adressangaben gut lesbar und in Druckschrift an, damit wir Sie zuverlässig kontaktieren können:

Vor- und Zuname

Geb.-Datum und Ort

Land, Postleitzahl, Stadt, Straße Nr.

Telefon Privat

Telefon Büro

Telefon Mobil

E-Mail-Adresse (unbedingt angeben)

Beruf, Arbeitgeber

Versicherung (Kasse, Zusatzversicherung, privat, Selbstzahler)

Wann (Tag / Uhrzeit) können wir Sie für einen Erstkontakt am besten telefonisch erreichen?

Mit der Unterschrift erklären Sie sich mit dem oben genannten Anmeldeverfahren einverstanden und bestätigen die Richtigkeit Ihrer persönlichen Angaben.

Datum, Unterschrift

II. Ihr Weg zu uns

Was ist Ihre Hauptmotivation für eine Behandlung in der Tagesklinik?

- Chronische Erkrankung
- Vollständige biologische Zahn- und Kiefersanierung
- Ästhetik
- Sonstiges: _____

Durch wen / wie haben Sie uns gefunden?

- Empfehlung Therapeut: _____
- Andere Empfehlung: _____
- Vortrag von: _____
- Buch / Publikation: _____
- Eigene Recherche. Wo? _____
- Webseite / Facebook / YouTube
- Suchmaschine Internet
- Sonstiges: _____

III. Ärztliche Behandlung

Bestehen Erkrankungen?

nein

ja, nämlich _____

Sind Sie aktuell in allgemeinmedizinischer Behandlung (Arzt, Heilpraktiker)?

nein

ja, bei _____

VII. Unterschriften

Mit der Unterschrift erklären Sie sich mit dem oben genannten Anmeldeverfahren einverstanden und bestätigen die Richtigkeit Ihrer persönlichen Angaben.

Datum, Unterschrift

Datenschutz

Mit der Unterschrift erklären Sie, dass Sie die Datenschutzerklärung der Tagesklinik Konstanz erhalten, gelesen und verstanden haben und damit einverstanden sind. Sie haben jederzeit das Recht auf Auskunft, Berichtigung, Löschung und Sperrung. Sie können sich jederzeit bei einer Datenschutzbehörde beschweren, das kann z.B. bei der zuständigen Datenschutzbehörde in Baden-Württemberg sein.

Datum, Unterschrift

Version 4.0

© Tagesklinik Konstanz Dr. Holger Scholz 2021
Lohnerhofstr. 2, 78467 Konstanz
www.tagesklinik-konstanz.de

Informationen zur Erhebung personenbezogener Daten

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

wir möchten Sie darüber informieren, dass im Rahmen der zahnärztlichen Behandlung in unserer Praxis personenbezogene Daten erhoben und gespeichert werden. Personenbezogene Daten sind Daten, die auf Sie persönlich beziehbar sind (z. B. Name, Adresse, Gesundheitsdaten).

Die Erhebung und Speicherung der Daten ist für die Behandlung gemäß Art. 6 Abs. 1 b) EUDSGVO notwendig. Ohne die Erhebung und Speicherung der Daten ist die Behandlung nicht möglich. Die von Ihnen erhobenen und gespeicherten Gesundheitsdaten sind besondere Daten, deren Berechtigung zur Verarbeitung aus Art. 9 Abs. 2 h) EU-DSGVO folgt.

Verantwortlich für die Erhebung und Speicherung der Daten ist Dr. Holger Scholz, Tagesklinik Konstanz, erreichbar unter der Praxisanschrift Lohnerhofstr. 2, 78467 Konstanz, E-Mail info@tagesklinik-konstanz.de und Telefonnummer 0049 (0) 7531 991603.

Unsere Datenschutzbeauftragte Judith Buntz erreichen Sie unter der der Praxisanschrift Lohnerhofstr. 2, 78467 Konstanz, E-Mail info@tagesklinik-konstanz.de und Telefonnummer 0049 (0) 7531 991603.

Die bei uns über Sie gespeicherten personenbezogenen Daten werden im Einzelfall nur dann weitergegeben, wenn wir gesetzlich dazu verpflichtet sind (bspw. gesetzliche Krankenversicherung, gesetzliche Unfallversicherung, Medizinischer Dienst der Krankenkassen), die Weitergabe zur Erfüllung des Behandlungsvertrages erforderlich ist, es zu einem Mahnverfahren oder streitigen Verfahren zwischen Ihnen und der Tagesklinik Konstanz kommt oder Sie in die Weitergabe eingewilligt haben. Die Weitergabe erfolgt nur in dem notwendigen oder von Ihnen bewilligten Umfang.

Die gespeicherten Daten werden gelöscht, sobald sie für den Zweck der Verarbeitung nicht mehr erforderlich sind. Im Übrigen haben wir gesetzliche Aufbewahrungspflichten zu erfüllen, die uns dazu verpflichten Gesundheitsdaten (Patientenakte) aufzubewahren (§ 630f Abs. 3 BGB, § 28 Abs. 3 RöV).

Sie haben uns gegenüber folgende Rechte, hinsichtlich der bei uns über Sie gespeicherten Daten:

- Recht auf Berichtigung und Löschung
- Recht auf Auskunft
- Recht auf Einschränkung der Verarbeitung
- Recht auf Datenübertragbarkeit

Wir möchten Sie darauf aufmerksam machen, dass Ihr Recht auf Löschung der Daten gemäß Art. 17 Abs. 3 b) EU-DSGVO nur im Rahmen der Dokumentations- und Aufbewahrungspflichten, die uns gesetzlich auferlegt sind, erfolgen kann (§ 630f Abs. 3 BGB). Ihnen steht weiterhin ein Beschwerderecht bei jeder Behörde für Datenschutz, z.B. beim Landesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit in Baden-Württemberg zu.

Ihre Praxis Dr. Holger Scholz

Patienteneinwilligung

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

wir haben Ihnen die „Informationen zur Erhebung personenbezogener Daten“ überreicht. Darin wurden Sie darauf hingewiesen, dass wir Ihre Daten an Dritte nur dann weitergeben dürfen, wenn wir Ihre Einwilligung dazu erhalten haben oder dies gesetzlich vorgesehen ist (z. B. zur Abwicklung des Behandlungsvertrages).

Um Ihre Daten im Zusammenhang mit Ihrer Behandlung an weitere Leistungserbringer (z. B. mit- und weiterbehandelnde Ärzte, Therapeuten, Heilpraktiker, Labore) übermitteln zu dürfen (z.B. mittels Arztbrief, Telefonat oder E-Mail), bedarf es Ihrer Einwilligung. Ohne diese ist uns eine adäquate Information der Mit- oder Nachbehandler und Dienstleistungserbringer nicht möglich.

Auch benötigen wir Ihre Einwilligung, um Ihnen unsere weiteren Service-angebote wie z. B. Erinnerungsservice für die prof. Zahnreinigung, Terminbestätigung etc anbieten zu können.

Die notwendigen Einwilligungen können Sie uns im Folgenden freiwillig erteilen:

Hiermit erkläre ich,

Vor- und Nachname: _____

Geburtsdatum: _____

dass ich einverstanden bin, dass die Tagesklinik Dr. Holger Scholz, Lohnerhofstr. 2, 78467 Konstanz

° meine Daten an mit- und weiterbehandelnde Ärzte, Therapeuten, ja nein
Heilpraktiker, Labore übermittelt.

° meine Daten über die zahnärztliche Behandlung anonymisiert zum fachlichen Austausch und/oder Ärzten nutzt und Fotos f. Publikationen ja nein

° meine Daten für den Erinnerungsservice der Termine oder die professionelle Zahnreinigung (Recall) verwenden darf. ja nein

Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung gegenüber der Tagesklinik Dr. Scholz nur mit Wirkung für die Zukunft jederzeit formlos widerrufen kann; bisher durchgeführte, von dieser Einwilligung abgedeckte Datenweitergaben bleiben dadurch rechtmäßig.

Gleichzeitig entbinde ich die Tagesklinik Dr. Scholz für die oben getätigte Einwilligung zur Weitergabe meiner Daten an mit- und weiterbehandelnde Ärzte, Therapeuten, Heilpraktiker und Labore.

Konstanz, den _____ Unterschrift Patient _____