



PACIENT <i>Name, Vorname</i>	Geburtsdatum
VERSICHERTER <i>Name, Vorname</i>	Geburtsdatum
Anschrift	Email
Arbeitgeber	Telefon privat
	<i>Geschäft</i>
	<i>Handy</i>
Hausarzt	Krankenkasse
	Private Zusatzversicherung

Falls Sie nach einem reduzierten Basis-/ oder Standardtarif privat versichert sind, bitten wir Sie, uns darauf anzusprechen!

**Bitte beantworten Sie nachstehende Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand möglichst genau !**

<p><b><u>Herz/Kreislaferkrankungen</u></b></p> <p>Herzinfarkt <input type="checkbox"/>ja <input type="checkbox"/>nein</p> <p>Herzklappenfehler <input type="checkbox"/>ja <input type="checkbox"/>nein</p> <p>Herzklappenersatz <input type="checkbox"/>ja <input type="checkbox"/>nein</p> <p>Endokarditis/Herz-OP <input type="checkbox"/>ja <input type="checkbox"/>nein</p> <p>Herzschriltmacher <input type="checkbox"/>ja <input type="checkbox"/>nein</p> <p>Bluthochdruck <input type="checkbox"/>ja <input type="checkbox"/>nein</p> <p>Ohnmachtsneigung <input type="checkbox"/>ja <input type="checkbox"/>nein</p> <p><b><u>Stoffwechsel/Infektion</u></b></p> <p>Zuckererkrankung <input type="checkbox"/>ja <input type="checkbox"/>nein</p> <p>Hepatitis <input type="checkbox"/>ja <input type="checkbox"/>nein</p> <p>Tuberkulose <input type="checkbox"/>ja <input type="checkbox"/>nein</p> <p>Aids/HIV <input type="checkbox"/>ja <input type="checkbox"/>nein</p> <p>Anämie <input type="checkbox"/>ja <input type="checkbox"/>nein</p> <p>MRSA/MRE Risiko <input type="checkbox"/>ja <input type="checkbox"/>nein</p> <p>Creutzfeldt-Jakob <input type="checkbox"/>ja <input type="checkbox"/>nein</p> <p><small>(MultiResistente Erreger z.B. bei reduziertem Allgemeinzustand/Pflegebedürftigkeit/offene Wunden - eine Patienteninfo händigen wir Ihnen gerne aus)</small></p> <p><input type="checkbox"/>ja <input type="checkbox"/>nein Ich befinde mich zur Zeit in ärztlicher Behandlung</p> <p><input type="checkbox"/>ja <input type="checkbox"/>nein Es besteht z.Zt. eine Schwangerschaft Monat:.....</p> <p><input type="checkbox"/>ja <input type="checkbox"/>nein Ich bin Raucher und rauche _____ Zigaretten am Tag.</p> <p><input type="checkbox"/>ja <input type="checkbox"/>nein In den letzten 12 Monaten wurden Röntgenaufnahmen angefertigt</p> <p><input type="checkbox"/>ja <input type="checkbox"/>nein Ich möchte per Postkarte an meinen nächsten Vorsorgetermin erinnert werden.</p>	<p><b><u>Allergien bzw. Unverträglichkeiten</u></b></p> <p>Allergiepass <input type="checkbox"/>ja <input type="checkbox"/>nein</p> <p>Spritzen <input type="checkbox"/>ja <input type="checkbox"/>nein</p> <p>Antibiotika <input type="checkbox"/>ja <input type="checkbox"/>nein</p> <p>Schmerzmittel <input type="checkbox"/>ja <input type="checkbox"/>nein</p> <p>Metalle: <input type="checkbox"/>ja <input type="checkbox"/>nein</p> <p>Modeschmuck, Nickel, Jod, Latex</p> <p>Sonstige:.....</p> <p><b><u>Medikamente/sonstige Erkrankungen/</u></b></p> <p><b><u>OP's in den letzten 6 Monaten:</u></b></p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<p><b><u>Sonstige Erkrankungen/Medikamente:</u></b></p> <p>Blutgerinnungsstörung/-hemmung <input type="checkbox"/>ja <input type="checkbox"/>nein (Markumar,Plavix,Aspirin,Glexane,Clopidogrel, Ticlopid.)</p> <p>Blutungsneigung <input type="checkbox"/>ja <input type="checkbox"/>nein (v. Willebrand-Syndrom, u.a.)</p> <p>Nierenerkrankung <input type="checkbox"/>ja <input type="checkbox"/>nein</p> <p>Anfallsleiden/Epilepsie <input type="checkbox"/>ja <input type="checkbox"/>nein</p> <p>Beruhigungsmittel <input type="checkbox"/>ja <input type="checkbox"/>nein</p> <p>Drogenabhängigkeit <input type="checkbox"/>ja <input type="checkbox"/>nein</p> <p>Asthma/Lungenerkr <input type="checkbox"/>ja <input type="checkbox"/>nein</p> <p>Autoimmunerkrankung <input type="checkbox"/>ja <input type="checkbox"/>nein (z.B. Crohn, Ulcerosa, Kortison med.)</p> <p>Osteoporose <input type="checkbox"/>ja <input type="checkbox"/>nein</p> <p>BISPHOSPHONATE <input type="checkbox"/>ja <input type="checkbox"/>nein (Alendronat bei Osteoporose/Krebs)</p> <p>Monoklonaler Antikörper <input type="checkbox"/>ja <input type="checkbox"/>nein (Denusmab; Prolia, Xgeva bei Osteoporose durch Prostatakrebs)</p> <p>Rheumatische Erkrankung <input type="checkbox"/>ja <input type="checkbox"/>nein</p> <p>Kieferhöhlenerkr./OP <input type="checkbox"/>ja <input type="checkbox"/>nein (z.B. häufiger Schnupfen, Sinusitis)</p> <p>Krebsleiden (z.B. Zytost., Cort.) <input type="checkbox"/>ja <input type="checkbox"/>nein</p> <p>Immunsupprimierte Erkrankung <input type="checkbox"/>ja <input type="checkbox"/>nein (z.B. Mukovisc, Organtrans.)</p>
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden? .....

Ich verpflichte mich, alle Änderungen, die während der gesamten Behandlungszeiten auftreten, umgehend mitzuteilen.

Heidelberg, den ..... Unterschrift:.....

**DSGVO (Datenschutzgrundverordnung)**

Meine Patientendaten sind prinzipiell für alle Mitarbeiter des zahnärztlichen MVZ Dr. Uwe Richter, frei zugänglich und unterliegen der gesetzlichen, ärztlichen Schweigepflicht und der DSGVO. Ich erkläre mich mit der elektronischen Speicherung und Bearbeitung meiner Daten einverstanden. Die umseitige „Information zur Erhebung personenbezogener Daten“ habe ich gelesen und erkläre mich ausdrücklich mit deren Inhalt einverstanden.

Heidelberg, den ..... Unterschrift:.....

# 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 auch entnehmen, welche Rechte Sie in puncto Datenschutz haben.

## 1. VERANTWORTLICHKEIT FÜR DIE DATENVERARBEITUNG

Verantwortlich für die Datenverarbeitung ist:

Zahnärztlichen MVZ Dr. Uwe Richter GmbH  
Steubenstraße 46, 69121 Heidelberg  
Tel: 06221-410043 – [info@praxisdrrichter.de](mailto:info@praxisdrrichter.de)

Sie erreichen die zuständige Datenschutzbeauftragte unter:

Ulrike Köhler – [datenschutzbeauftragte@praxisdrrichter.de](mailto:datenschutzbeauftragte@praxisdrrichter.de)

## 2. ZWECK DER DATENVERARBEITUNG

Die Datenverarbeitung erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben, um den Behandlungsvertrag zwischen Ihnen und Ihrem Arzt und die damit verbundenen Pflichten zu erfüllen.

Hierzu verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten, insbesondere Ihre Gesundheitsdaten. Dazu zählen Anamnesen, Diagnosen, Therapievorschläge und Befunde, die wir oder andere Ärzte erheben. Zu diesen Zwecken können uns auch andere Ärzte oder Psychotherapeuten, bei denen Sie in Behandlung sind, Daten zur Verfügung stellen (z.B. in Arztbriefen).

Die Erhebung von Gesundheitsdaten ist Voraussetzung für Ihre Behandlung. Werden die notwendigen Informationen nicht bereitgestellt, kann eine sorgfältige Behandlung nicht erfolgen.

## 3. EMPFÄNGER IHRER DATEN

Wir übermitteln Ihre personenbezogenen Daten nur dann an Dritte, wenn dies gesetzlich erlaubt ist oder Sie (auf Seite 1) eingewilligt haben. Empfänger Ihrer personenbezogenen Daten können vor allem andere Ärzte / Psychotherapeuten, Kassenärztliche Vereinigungen, Krankenkassen, der Medizinische Dienst der Krankenversicherung, Ärztekammern 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 berechtigte Empfänger.

## 4. SPEICHERUNG IHRER DATEN

Wir bewahren Ihre personenbezogenen Daten nur solange auf, wie dies für die Durchführung der 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, zum Beispiel 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 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:

Der Landesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit

Baden-Württemberg

Königstraße 10 a

70173 Stuttgart

## 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 an uns wenden.

Ihr Praxisteam