



MKG RHEIN-NECKAR

Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie

ANAMNESEBOGEN

Patientendaten: Name: Adresse:
Vorname:
Geburtsdatum:
Telefonnummer:
Beruf:
Krankenkasse: Zusatzversicherung:

Hauptversicherte/r: Name: Adresse:
Vorname:
Geburtsdatum:

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
Krankheiten aller Art können Auswirkungen auf Ihre Behandlung haben. Bitte füllen Sie deshalb diesen Fragebogen sorgfältig aus.
Er wird Ihrer Karteikarte beigefügt. Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dienen ausschließlich dazu, die
Behandlung Ihrem Gesundheitszustand anzupassen. Sollten Sie Schwierigkeiten mit der Beantwortung einzelner Fragen haben,
helfen wir Ihnen gerne.

Überweisender Zahnarzt o. Kieferorthopäde:
Behandelnder Hausarzt o. Hutarzt:

(Bitte ausfüllen bzw. zutreffendes ankreuzen!)

Ärztliche Behandlung: Stehen Sie zurzeit in ärztlicher Behandlung? .. ja nein
Wenn ja, wegen welcher Erkrankung?

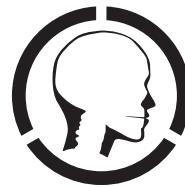
Medikamente: Nehmen Sie Bisphosphonate und/oder gerinnungshemmende Medikamente ein? ja nein
.....
Nehmen Sie weitere Medikamente regelmäßig ein? ja nein
Falls Sie einen Medikamentenplan haben, legen Sie uns diesen gerne vor.
Ansonsten bitte hier die Medikamente vermerken:
.....

Onkologische Therapien: Bekommen Sie (aktuell) eine:
Chemotherapie? ja nein
Strahlentherapie? ja nein
Immuntherapie? ja nein

Allergien: Besteht bei Ihnen der Verdacht einer Überempfindlichkeit oder Allergie auf
Medikamente oder Materialien? .. ja nein
.....
Besitzen Sie einen Allergiepass? ja nein
Legen Sie diesen bitte in unserer Praxis vor! Danke.

Bitte wenden

Koronare Herzerkrankungen:	Herzschwäche? Unregelmäßiger Herzschlag (Arrhythmien)? Herzasthma? Angina Pectoris? Haben Sie einen Herzschrittmacher? Haben Sie einen Herzklappenersatz? Endokarditis (Herzinnenhautentzündung)? Herzfehler (angeboren oder erworben)?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Kreislauferkrankungen:	Hoher Blutdruck? Niedriger Blutdruck? Zustand nach Herzinfarkt? Zustand nach Schlaganfall?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Vegetative Erkrankungen:	Ohnmachtsanfälle? Nehmen Sie Aufputschmittel? Nehmen Sie Beruhigungsmittel? Konsum von: <input type="checkbox"/> Alkohol <input type="checkbox"/> Zigaretten <input type="checkbox"/> Drogen <input type="checkbox"/> andere berauschende Mittel	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Stoffwechsel-erkrankungen:	Diabetes? Magen-Darm-Erkrankung? Schilddrüsenerkrankung? Lebererkrankung/-Entzündung?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Erkrankung des Nervensystems:	Epilepsie? Krämpfe? Migräne?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Bluterkrankungen:	Blutungsneigung (Hämophilie)? Blutarmut (Anämie)? Von-Willebrand-Syndrom?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Infektionskrankheiten:	Gelbsucht/Hepatitis? <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> ausgeheilt Tuberkulose? AIDS? HIV? MRSA? Creutzfeld-Jakob-Krankheit?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Asthma? Rheuma? Osteoporose? Arthrose? Tumorleiden?		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Schwangerschaft?	Wenn ja, in welchem Monat?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Bestehen sonstige Erkrankungen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein



Patienteninformationen zum DATENSCHUTZ

MKG RHEIN-NECKAR
Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie

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:

Dr. Dr. Dirk Arras / Jan Wiechnik

MKG Rhein Neckar, Groß Breitenbach 6, 69509 Mörlenbach, Telefon 06209-798800, info@mkg-rhein-neckar.de

Sie erreichen die zuständige Datenschutzbeauftragte Frau Andrea Hoffmann unter 06209-798800 bzw. info@mkg-rhein-neckar.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 Angehörige medizinische Berufsgruppen 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 eingewilligt haben.

Empfänger Ihrer personenbezogenen Daten können vor allem andere Ärzte, Radiologen, Pathologen, Dentallabore, Kassenärztliche und Kassenärztliche Vereinigungen, Krankenkassen, privatärztliche/ärztliche 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 Paragraf 167 Absatz 2 des Strahlenschutzgesetztes.



MKG RHEIN-NECKAR

Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie

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 diesem 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
Hessen
Postfach 3163
65021 Wiesbaden

RECHTLICHE GRUNDLAGEN

Rechtsgrundlage für die Verarbeitung Ihrer Daten ist Artikel 9 Absatz 2 lt. h) DSGVO in Verbindung mit Paragraf 22 Absatz 1 Nr. 1 lt. b) Bundesdatenschutzgesetz. Sollten Sie Fragen haben, können Sie sich gern an uns wenden.

Ihr Praxisteam
MKG Rhein Neckar

Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung für die Verarbeitung personenbezogener Patientendaten gemäß Art. 6,7 Abs. 1 lt. a DSGVO (Muster)

Patient/in:

Name

Adresse

Ich stimme hiermit der Speicherung meiner personenbezogenen Daten durch die Praxis zu.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder durch 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).