

Lieber Patient, sehr geehrte Eltern, liebe Kinder!

Hiermit heißen wir Sie (Euch) herzlich in unserer Herrenberger Praxis willkommen.

Wir freuen uns, dass Sie sich für unsere seit über 40 Jahren bestehende kieferorthopädische Fachpraxis entschieden haben und bitten Sie höflich, unser Erstberatungsformular sorgfältig auszufüllen.

Bei der ersten Beratung wird eine Untersuchung der Zähne, Kieferentwicklung und der umliegenden Gewebe- und Knochenstruktur vorgenommen, wobei in der Regel auch eine aktuelle Röntgenaufnahme aller Zähne notwendig ist.

Sollten wir bei Ihnen / bei Ihrem Kind eine Behandlungsnotwendigkeit feststellen, werden beim nächsten Termin diagnostische Planungsunterlagen erstellt: dazu gehören unter anderem Fernröntgenseitbild, Abdrücke beider Kiefer, Bißregistrarat für Gipsmodelle, sowie eine funktionelle Gebißanalyse.

Dieser „Neuaufnahmeterrnin“ findet in der Regel vormittags statt!

Die exakte Auswertung der angefertigten Unterlagen bildet die Grundlage für die Erstellung eines Behandlungsplanes und Kostenvoranschlages, der bei Ihrer Krankenversicherung eingereicht werden muss.

Ziel unserer Praxis ist es, allen Patienten eine möglichst optimale, dem medizinischen Fortschritt angepasste, gute Behandlung zu bieten.

Sie können dabei auf unsere Kompetenz und Erfahrung vertrauen, da wir unsere Behandlungsmethoden immer wieder dem Fortschritt der Medizin angepasst haben.

Damit dies auch weiterhin so bleiben kann, müssen wir auf Folgendes hinweisen:

- Bei uns wird jeder Patient unabhängig von seiner gesetzlichen oder privaten Krankenversicherung / Beihilfe so gut als möglich behandelt. Dazu gehören modernste Technik und die z. Z. besten Materialien, deren Kosten nicht immer im vollen Umfang von den Erstattungsstellen übernommen werden (z.B. bei den gesetzlichen Krankenkassen oder dem Basistarif für Privatpatienten).
- Bei gewissen, hochqualitativen Produkten und moderneren Behandlungsverfahren, auf die wir zum Wohle unserer Patienten nicht mehr verzichten können, ist eine individuelle Zuzahlung im Rahmen einer Kostenvereinbarung mit dem / den Patienten / Eltern erforderlich!

Wir sind überzeugt, dass wir mit dieser Entscheidung im Sinne unserer Patienten handeln, da zweitklassige bzw. preiswertere Medizinprodukte und veraltete Behandlungstechniken einen medizinischen Rückschritt bedeuten würden.

Die Überwachung des Gebisses bleibt weiterhin in den Händen des Hauszahnarztes, der unabhängig von der kieferorthopädischen Behandlung zweimal jährlich aufgesucht werden sollte.

Für Rückfragen stehen wir Ihnen selbstverständlich jederzeit gerne zur Verfügung.
Ihr Praxisteam Dres. Georg

Patienten – Anamnese

Patient/in / selbst privat versichertes Kind

Name: Vorname: geb. am:
Straße: PLZ/ Ort: Telefon-Festnetz*:
E-Mail-Adresse: Handy Nr.*:
Krankenkasse:

Versicherte/r oder (Brief- u./o. Rechnungsempfänger/in bei selbst versichertem Kind)

Mutter Vater Ehegatte Handy Nr.*:
Name: Vorname: geb. am:

Falls abweichend von der Patientenadresse:

Straße: PLZ/ Ort: Telefon-Festnetz*:

Bitte beantworten Sie die nachfolgenden Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand möglichst genau! Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden **streng vertraulich behandelt**.

1. Wer ist Ihr behandelnder **Zahnarzt**? _____
2. Ich bin mit der Herstellung notwendiger Röntgenbilder einverstanden. ja nein
3. Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten an Dritte weitergegeben werden, s. Beiblatt:
„Informationen zur Erhebung personenbezogener Daten“ ja nein
(z.B. Röntgenbilder an Hauszahnarzt, Berichte an Kasse, Zusatzversicherung)
4. Sind bei Ihnen bereits Röntgenbilder im Kopfbereich gemacht worden? ja nein
Wenn ja, wann? Datum: ca. _____
5. Besteht eine Schwangerschaft? ja nein
6. Sind Sie Bluter? ja nein
7. Nehmen Sie zurzeit Medikamente? ja nein
Wenn ja, welche? _____
8. Unfälle, Operationen (im Kopfbereich)? ja nein
9. Reagieren Sie allergisch auf bestimmte Substanzen? ja nein
(z. B. Nickel, Latex, Metalle, Kunststoffe)
10. Leiden Sie an einer Virusinfektion/Erkrankung?
(z. B. Covid 19, HIV, Hepatitis B, C, Creutzfeldt-Jakob-Krankheit,
Neue Variante der Creutzfeldt-Jakob-Krankheit vCJK, MRSA, Tuberkulose) ja nein
- 11.* Haben Sie eine Zusatzversicherung für kieferorthopädische Leistungen? ja nein
12. Waren Sie bereits in einer anderen kieferorthopädischen
Fachpraxis zur Behandlung / Beratung? ja nein
- 13.* Ich bin mit einer schriftlichen/mündlichen Terminbenachrichtigung
einverstanden ja nein
- 14.* Ich bin damit einverstanden, dass ein Gesichtsfoto für die Patientenkartei
angefertigt wird ja nein

s. Rückseite 

Patienten – Anamnese

Für Privatpatienten

Sind Sie **Basistarifvertrag** versichert? ja nein
Alles über den 2,0-fachen Satz sind Privatleistungen

Sind Sie Beihilfeberechtigt ? ja nein

Ich verpflichte mich, über alle Änderungen, die sich während der gesamten Behandlungszeit ergeben, umgehend Mitteilung zu machen. Des Weiteren verpflichte ich mich, vereinbarte Behandlungstermine einzuhalten bzw. **mindestens 24 Std. vor dem vereinbarten Termin abzusagen**. Mir ist bekannt, dass nicht bzw. nicht rechtzeitig abgesagte Termine in Rechnung gestellt werden können.

Hiermit erkläre ich, dass ich berechtigt bin, über die Behandlung und die Vereinbarungen für Zusatzleistungen zu entscheiden und erkläre mich hiermit auch für entscheidungs- /zahlungspflichtig.

Ort: _____, Datum _____

Unterschrift: _____

* freiwillige Angaben:

Durch das neue Datenschutzgesetz vom 25.05.2018 wurden die Rechte der Bürger gestärkt, dies ist gut so. Es bedeutet jedoch auch, dass Daten, welche zwingend für unseren Praxisablauf nötig sind, nun als „freiwillige Angaben“ gelten.

Bedenken Sie bitte, falls Sie uns diese Angaben nicht zur Verfügung stellen, kann der Behandlungsablauf darunter leiden, was dazu führen kann, dass es zu Verzögerungen kommt, wenn wir z.B. keine Telefonnummern von Ihnen haben und es von unserer Seite zu Terminverschiebungen kommt oder wenn es im Praxisablauf zu Änderungen kommt, können wir Sie darüber nicht telefonisch informieren und wir können dann keine neuen Termine vereinbaren, was auch dazu führen kann, dass Sie unnötig in die Praxis kommen müssen, da wir den Termin nicht telefonisch verschieben konnten.

Falls Sie uns nicht Ihr Einverständnis geben, von Ihnen ein Gesichtsbild anzufertigen, kann es unter Umständen zu Verwechslungen kommen, da wir häufiger Patienten mit gleichen Namen haben. Ist ein Gesichtsbild in unserer Karteikarte hinterlegt, können wir den Patienten schnell und zuverlässig zuordnen.

Wir bitten Sie höflich um Kooperation und Mitarbeit, um Ihnen einen zügigen und reibungslosen Behandlungsablauf zu ermöglichen.

Vielen Dank für Ihr Verständnis!

Das Praxisteam

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) EU-DSGVO 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 Frau Dr. Lysa Georg und Herr Dr. B. D. Georg, erreichbar unter der Praxisanschrift Schulstr. 11, 71083 Herrenberg, E-Mail: kontakt@schoenezaehne.info und Telefonnummer 07032 -2 40 94.

Unsere Datenschutzbeauftragten erreichen Sie unter der Praxisanschrift Schulstr. 11, 71083 Herrenberg, E-Mail datenschutz@schoenezaehne.info und Telefonnummer 07032-2 40 94

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, Zusatzversicherungen), die Weitergabe zur Erfüllung des Behandlungsvertrages erforderlich ist 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 beim Landesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit in Baden-Württemberg zu.

Ihre Praxis Dres. Georg

Dr. Lysa Georg
Dr. B. D. Georg