

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Am 25.05.18 trat die neue EU-Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) in Kraft. Daher bitten wir Sie, unsere »Patienteninformation zum Datenschutz« aufmerksam zu lesen! Sollten Sie mit der Datenverarbeitung nicht einverstanden sein, bitten wir Sie, unsere Mitarbeiterinnen am Empfang zu kontaktieren.

Ansonsten dürfen wir Ihr Einverständnis voraussetzen.

Vielen Dank! Ihr Praxisteam von Jordan².

Wichtige Patienteninformation zum Datenschutz! BITTE AUFMERKSAM LESEN!

Sehr geehrte/r Herr/Frau _____,

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. Erik Jordan

Masurenstrasse 3, 49078 Osnabrück

Telefon: 0541 44 43 85

info@zahnarztpraxis-jordan.de

Sie erreichen die zuständige Datenschutzbeauftragte unter:

Dr. Isabell Jordan

Masurenstrasse 3, 49078 Osnabrück

Telefon: 0541 44 43 85

info@zahnarztpraxis-jordan.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 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 berechnigte Empfänger.

4. EINWILLIGUNG ZUR ELEKTRONISCHEN DATENÜBERMITTLUNG

Sofern Sie keinen Widerspruch einlegen, erklären Sie sich damit einverstanden, dass Sie die Kontaktaufnahme per SMS, E-Mail oder Telefon von Jordan² erhalten.

5. 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 28 Absatz 3 der Röntgenverordnung.

6. 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:

Die Landesbeauftragte für den Datenschutz Niedersachsen
Prinzenstraße 5
30159 Hannover

7. RECHTLICHE GRUNDLAGEN

Rechtsgrundlage für die Verarbeitung Ihrer Daten ist Artikel 9 Absatz 2 lit. h) DSGVO in Verbindung mit Paragraf 22 Absatz 1 Nr. 1 lit. b) Bundesdatenschutzgesetz.

SOLLTEN SIE FRAGEN HABEN, KÖNNEN SIE SICH GERN AN UNS WENDEN.
IHR PRAXISTEAM VON JORDAN².

RECALL:

Die Erinnerung an regelmäßige Termine wünsche ich per SMS per Anruf

Ich erkläre mich mit der elektronischen Speicherung, Bearbeitung und Nutzung meiner Daten zur Aufnahme in das Recall-System (Erinnerungen) einverstanden. Ja Nein

Ort / Datum

Unterschrift Patient*in

Ggf. gesetzlicher Vertreter/Vormund



PATIENTENKONTAKTDATEN

Nachname, Vorname, Titel

Geburtsdatum

Geschlecht w m d

Mitversichert bei

Nachname, Vorname

Geburtsdatum

Geschlecht w m d

Liebe Patient/-innen,
damit wir genau auf Ihre zahnmedizinischen Bedürfnisse eingehen können, benötigen wir einige Angaben von Ihnen. Alle personenbezogenen Angaben, sowie im Behandlungsverlauf angegebenen Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dem Datenschutz. Sie werden somit streng vertraulich behandelt.

Persönliche Angaben

Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Wohnort

Telefonnummer

E-Mail

Beruf

Krankenkasse

Name

Gesetzlich Privat

Zusatzversicherung Ja Nein

Hausarzt

Name

Ort

Was ist der Grund Ihres Besuches?

Schmerzbehandlung Routinekontrolle Neuer Zahnersatz Zweite Meinung Sonstiges

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Empfehlung Überweisung Internet Sonstiges _____

ALLGEMEINE ANAMNESE

- | | |
|--|---|
| Diabetes (Zuckerkrankheit) | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Chron. Erkrankungen der Atemwege/ Asthma | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Nervenerkrankungen | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Epilepsie | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Nierenerkrankung | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Lebererkrankungen | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Magen-/Darm- Erkrankungen | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Tumorerkrankungen/Chemotherapie | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Schilddrüsenerkrankungen | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |

Sonstiges _____

Herzkrankungen

- | | |
|---|---|
| Leiden Sie an Bluthochdruck? | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Hatten Sie eine Herzoperation? | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Haben Sie eine Herzklappenprothese? | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Haben oder hatten Sie eine Endokarditis? | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Haben Sie einen Herzschrittmacher? | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Hatten Sie im letzten Jahr einen Herzinfarkt? | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |

Sonstiges _____

Haben Sie innerhalb der letzten 2 Jahre eine Endoprothese (zB. Künstl. Knie, Hüfte etc.) bekommen?

Leiden Sie an Infektionserkrankungen (HIV, Hepatitis, Tuberkulose, MRSA usw.)?

Haben Sie Allergien? Wenn ja, welche?

Nehmen Sie Medikamente ein?

- | | |
|----------------------|---|
| Blutdruckmedikamente | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Herzmedikamente | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Schmerzmittel | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Antidepressiva | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Bisphosphonate | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Blutverdünner | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |

Wenn Sie Medikamente einnehmen, welche:

- | | |
|--|---|
| Rauchen Sie? | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Besteht eine Alkohol- oder Drogenabhängigkeit? | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |

Für unsere Patientinnen:

Sind Sie schwanger? Ja Nein

Wenn ja, in welchem Monat? _____

HINWEISE ZUR ORGANISATION DER PRAXIS

Die Zahnarztpraxis Jordan² arbeitet mit einem Bestellsystem. Bitte melden Sie sich telefonisch an bevor Sie unsere Praxis aufsuchen, damit wir Ihnen einen Termin nach Ihren Bedürfnissen geben können. Bitte sagen Sie einen Termin, der nicht eingehalten werden kann, 24 Stunden vorher ab, damit dieser an einen anderen Patienten vergeben werden kann. Ausfälle können ggf. berechnet werden.

Ort / Datum

Unterschrift Patient*in

Ggf. gesetzlicher Vertreter/Vormund