

### 1. Patientendaten

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Geburtsort: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

Telefon privat: \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_

Telefon geschäftlich: \_\_\_\_\_

**e-mail:** \_\_\_\_\_  Empfänger ist einverstanden, dass auch Gesundheitsdaten unverschlüsselt versendet werden  
 mit Terminerinnerung per e-mail einverstanden

Beruf/Arbeitgeber: \_\_\_\_\_

Zahnarzt/Zahnärztin und Ort: \_\_\_\_\_

### 2. Angaben zur Krankenversicherung

Name der Krankenkasse: \_\_\_\_\_ +  private Zahnzusatzversicherung

- Mitglied  Privatpatient  
 Familienmitglied  Privatpatient mit Beihilfe  
 Rentner

Name des Versicherten: \_\_\_\_\_ geb. \_\_\_\_\_

Anschrift, falls abweichend: \_\_\_\_\_

Name des 2. Elternteils: \_\_\_\_\_ geb. \_\_\_\_\_

### 3. Medizinische Situation des Patienten

Letzte Röntgenaufnahme im Kopfbereich? \_\_\_\_\_

Besteht eine infektiöse Erkrankung? nein  ja  O HIV O Hepatitis O Creutzfeldt-Jacob

Besteht eine Schwangerschaft? nein  ja

Bestehen Allergien? nein  ja  welche? \_\_\_\_\_

Besteht eine Herz-Kreislaufkrankung? nein  ja

Besteht eine Blutgerinnungsstörung? nein  ja

Besteht eine Hyper-/Hypotonie (Blutdruck)? nein  ja

Bestehen andere Erkrankungen oder Behinderungen? nein  ja  welche? \_\_\_\_\_

### 4. Einverständniserklärung

Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten sowie Aufzeichnungen und Untersuchungsbefunde meiner Patientenakte zum Zwecke wissenschaftlicher Forschung unter strenger Beachtung der gesetzlichen Regelungen, insbesondere der Bestimmungen über Datenschutz, die ärztliche Schweigepflicht und das Sozialgeheimnis, verarbeitet und genutzt werden dürfen.  
Ich bin darüber informiert, dass meine Einwilligung jederzeit und ohne Angabe von Gründen widerrufen werden kann.

## PATIENTENINFORMATION NACH ART. 13 DSGVO

Liebe Patienten, liebe Patientenelementer,

In unserer Praxis werden personenbezogene Daten verarbeitet. Verantwortlich für die Datenerhebung ist Herr Dr. Manfred Schüßler. Bei Fragen steht Ihnen auch unsere Datenschutzbeauftragte Frau Schröter, erreichbar unter unserer Praxisadresse, email [info@kfo-hd.de](mailto:info@kfo-hd.de) und der Tel.Nr. 06221-471166 zur Verfügung.

### 1. Verarbeitete Daten

Wir erheben, speichern und nutzen im Rahmen der kieferorthopädischen Behandlung Sie / Ihr Kind betreffende personenbezogene Daten (Personalien, Versicherungsstatus etc.). Dabei handelt es sich zum Teil um Gesundheitsdaten. (Befundunterlagen, Röntgenbilder, diagnostische und therapeutische Unterlagen etc.).

### 2. Verarbeitungszwecke:

Die Verarbeitung erfolgt für folgende Zwecke

- Feststellung der Identität
- Erbringung zahnärztlicher/kieferorthopädischer Dienstleistungen
- Dokumentation der Behandlung
- Abwicklung des Zahlungsverkehrs; Abrechnung der Leistungen
- Erfüllung eigener gesetzlicher und vertraglicher Informations-, Mitteilungs-, Auskunfts-, Aufbewahrungs- und sonstiger Pflichten
- Abwehr von Haftungsansprüchen
- Durchsetzung von eigenen Vertragserfüllungsansprüchen
- außergerichtliche und gerichtliche Forderungsbeitreibung für den Fall der Nichtzahlung durch den Patienten (auch über Dritte)

### 3. Rechtsgrundlagen der Verarbeitung:

Die Verarbeitung der Daten erfolgt auf Grundlage der folgenden Regelungen

- Art. 6 DSGVO
- Bundesmantelvertrag – Zahnärzte BMVZ
- Ersatzkassenvertrag Zahnärzte (EKV-Z)
- Sozialgesetzbuch
- Bürgerliches Gesetzbuch

### 4. Empfänger personenbezogener Daten:

Wir übermitteln Ihre Daten im Rahmen des Zulässigen und soweit erforderlich an

- Kassenzahnärztliche Vereinigung (KZV)
- Anwälte, Gerichte, Behörden und/oder Vollstreckungsorgane (im Falle von Nichtzahlung von Behandlungshonoraren)
- Mit- oder nachbehandelnde (Zahn)Ärzte (soweit eine gesonderte Einwilligung vorliegt)
- Zahntechniker/Fremdlabore
- gesetzliche Krankenversicherung, gesetzliche Unfallversicherung, Medizinischer Dienst der Krankenkassen

### 5. Aufbewahrung und Löschung

Wir bewahren Ihre Daten für die Dauer der gesetzlichen oder untergesetzlichen Aufbewahrungsfristen auf. Im Anschluss löschen wir Ihre Daten, soweit nicht ein besonderes Interesse an der weiteren Aufbewahrung besteht.

### 6. Ihre Rechte

Ihnen stehen folgenden Rechte gegenüber unserer Praxis nach Art. 15-22 DSGVO zu:

- Recht auf Auskunft, Berichtigung, Löschung, Einschränkung der Verarbeitung und auf Datenübertragbarkeit
- Widerspruchsrecht gegen Verarbeitung, die auf berechnete Interessen des Verantwortlichen oder eines Dritten gestützt werden (Art. 6 Abs. 1f DSGVO)
- Soweit die Verarbeitung auf Ihrer Einwilligung beruht, sind Sie berechnete, die Einwilligung jederzeit zu widerrufen, ohne dass die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung berührt wird.
- Sie haben das Recht gemäß Art. 77 DSGVO das Recht, sich bei der Aufsichtsbehörde zu beschweren, wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung ihrer personenbezogenen Daten nicht rechtmäßig erfolgt. Die Anschrift der für unser Unternehmen zuständigen Aufsichtsbehörde lautet: Landesbeauftragte für Datenschutz und die Informationsfreiheit BW, Königstr. 10a, 70173 Stuttgart

### 7. Verpflichtung zur Bereitstellung durch Sie als Betroffenen:

Die Verarbeitung der genannten Daten ist für die Durchführung der Behandlung erforderlich. Im Rahmen einer vertragszahnärztlichen Behandlung sind Sie gesetzlich verpflichtet, die erforderlichen Informationen im Rahmen Ihrer Mitwirkungspflicht zu erteilen. Ohne die Verarbeitung insbesondere von Gesundheitsdaten können wir den Behandlungsvertrag nicht durchführen und müssten eine (Fortführung der) Behandlung ablehnen (Ausnahme: Notfallversorgung). Soweit wir Daten zum Zwecke der Abrechnung unserer Leistungen verarbeiten geschieht dies teilweise zur Verwaltungsvereinfachung in unserer Praxis.

Heidelberg, den

---

Unterschrift des Patienten bzw. Erziehungsberechnigten