

## Anamnesebogen

Name des Patienten		Geb. Datum	Geb. Ort
Name des Hauptversicherten		Geb. Datum	
PLZ	Wohnort	Straße	
Telefon		E-Mail	
Handy			
Terminbestätigung per e-Mail:    nein        ja			
Beruf		beschäftigt bei	
Krankenkasse		Beihilfe/Zusatzversicherung	
Wer hat Sie uns empfohlen?			
Zahnarzt			

Sollen wir Ihren Zahnarzt über das Untersuchungsergebnis und den Verlauf der kieferorthopädischen Behandlung informieren?        nein        ja

## Röntgen

Gemäß Röntgenverordnung bitten wir Sie folgende Fragen zu beantworten:

- |  |      |    |
|--|------|----|
| 1. Wurde der Patient schon einmal geröntgt?          | nein | ja |
| 2. Wenn ja, war das innerhalb der letzten 12 Monate? | nein | ja |
| 3. Wenn ja, bei welchem Arzt, Zahnarzt?              |      |    |
| 4. Besteht zurzeit eine Schwangerschaft?             | nein | ja |

## Zahnärztliche Anamnese

- |   |      |    |
|---|------|----|
| 1. War der Patient schon einmal in kieferorthopädischer Behandlung oder wurde eine kieferorthopädische Beratung durchgeführt? | nein | ja |
| 2. Wenn ja, wo _____ seit wann _____  |      |    |
| 3. Waren/sind Geschwister in kieferorthopädischer Behandlung  | nein | ja |
| Wenn ja, wo _____ seit wann _____   |      |    |
| 4. Knirscht der Patient mit den Zähnen?   | nein | ja |
| 5. Hat der Patient Beschwerden beim Kauen?  | nein | ja |

## Medizinische Anamnese

- |   |      |    |
|---|------|----|
| 1. Bestehen Allergien?  | nein | ja |
| Wenn ja, welche? _____  |      |    |
| 2. Bestehen irgendwelche schwerwiegende Krankheiten (z.B. Diabetes, Asthma, Herz-Kreislauf, Hepatitis etc.) | nein | ja |
| Wenn ja, welche? _____  |      |    |
| 3. Nimmt der Patient regelmäßig Medikamente?  | nein | ja |
| Wenn ja, welche? _____  |      |    |
| 4. Wurden die Mandeln und /oder Polypen entfernt?   | nein | ja |
| Wenn ja, wann _____   |      |    |
| 5. Liegen Mund - oder Kieferoperationen bzw. Unfälle vor?   | nein | ja |
| Wenn ja, wann _____, was _____  |      |    |

## Gewohnheiten

Schnuller	nein	ja	Daumen	nein	ja
Lippenbeißen	nein	ja	Sprachfehler	nein	ja
Nägelkauen	nein	ja	Mundatmung	nein	ja

Wurde bereits eine logopädische Behandlung durchgeführt? nein ja  
Wurde bereits eine ergotherapeutische Behandlung durchgeführt? nein ja

## Prophylaxe

Die Prophylaxe wird bereits vom Hauszahnarzt durchgeführt nein ja  
Es wird **keine** Prophylaxe vom Hauszahnarzt durchgeführt nein ja

Es gibt keinen Hauszahnarzt

Ich informiere die behandelnde Kieferorthopädin meines Kindes umgehend, wenn der Hauszahnarzt eine Prophylaxe Behandlung beginnen sollte.

Sonstiges

---

---

---

---

---

---

---

---

## Schweigepflichtsentbindung

Hiermit entbinde ich Frau Dr. Vanessa Ruck von ihrer Schweigepflicht gegenüber anderen mit- und weiterbehandelnden Ärzten oder Angehörigen anderer Heilberufe hinsichtlich der Übermittlung meiner persönlichen gesundheitsbezogenen Daten insgesamt oder in Auszügen soweit dies für die Mit- bzw. Weiterbehandlung erforderlich oder sinnvoll ist.

Diese Erklärung kann jederzeit ohne Angaben von Gründen insgesamt oder in Teilen **durch Streichung** widerrufen werden.

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

Ihre Angaben werden streng vertraulich behandelt. Sie unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht gemäß § 203 des Strafgesetzbuches sowie den strengen Bestimmungen des Datenschutzes.

Moderne Kieferorthopädie bedarf wie alle medizinischen Bereiche der Teamarbeit. Daher werden Teilleistungen (= technische, weitgehend vereinfachte, risikoarme und manuelle Handhabungen) auch von fortgebildeten Zahnmedizinischen Fachassistentinnen nach vorheriger individueller Anordnung durch den Kieferorthopäden und unter dessen Aufsicht, Überwachung und Kontrolle erbracht.

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).

Ich hoffe, dass Sie sich in meiner kieferorthopädischen Praxis wohlfühlen, und stehe Ihnen für Fragen jederzeit gerne zur Verfügung.

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

**Datenschutzerklärung (Patienten)**  
bei Erhebung von personenbezogenen  
Daten bei der betroffenen Person  
gemäß Art. 13 DSGVO



## Informationen zum Datenschutz und zur Datensicherheit in unserer Praxis

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

am 25. Mai 2018 sind die Europäische Datenschutzgrundverordnung und das neue Bundesdatenschutzgesetz in Kraft getreten. Der Schutz der persönlichen Daten von EU-Bürgern wird dadurch gestärkt.

Als Ihre Zahnarztpraxis legen wir seit jeher besonderen Wert auf die Sicherheit Ihrer persönlichen Daten, die wir im Rahmen Ihrer Behandlung erheben. Die europäische Datenschutzvorschrift verpflichtet uns dennoch, Sie darüber zu informieren, welche Ihrer Daten wir zu welchem Zweck erheben, speichern und weitergeben.

### Auf welcher Grundlage erheben wir Ihre Daten?

Die Datenverarbeitung erfolgt entweder aufgrund gesetzlicher Vorgaben, um den Behandlungsvertrag zwischen Ihnen und uns zu erfüllen, oder weil Sie der Datenverarbeitung eingewilligt haben. Die Rechtsgrundlagen der Verarbeitung Ihrer Daten sind zum Beispiel die Europäische Datenschutzgrundverordnung, das Bundesdatenschutzgesetz und das Sozialgesetzbuch.

Sofern wir für die Datenverarbeitung Ihr Einverständnis benötigen, können Sie dieses jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen oder einschränken.

Sie haben zudem das Recht, Auskunft über die Sie betreffenden Daten 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 Daten-übertragbarkeit zu.

### Welche Ihrer Daten nehmen wir auf?

Beim ersten Kontakt im Quartal wird Ihre elektronische Gesundheitskarte (eGK) in unser elektronisches Praxisverwaltungssystem (PVS) eingelesen. Dabei werden folgende personenbezogene Daten erhoben

- Name
- Geburtsdatum und Geschlecht
- Anschrift
- Krankenkasse/Kostenträger, Versicherungsnummer und Versichertenstatus (zum Beispiel Mitglied, Familienversicherter, Rentner etc.)
- Einleседatum

Im Rahmen der Behandlung erheben wir bei Ihnen Befunde und Diagnosen, planen Therapien, erstellen gegebenenfalls Heil- und Kostenpläne oder Arztbriefe und füllen rechtlich vorgegebene Musterformulare für Rezepte, Heilmittel, Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen etc. aus. Dies alles muss überprüfbar patientenbezogen in unserem PVS gespeichert werden.

### Warum erheben wir Ihre Daten und was geschieht damit?

Wir benötigen Ihre Gesundheitsdaten, um Sie für die Kassenzahnärztliche Vereinigung Rheinland-Pfalz, für Ihre Krankenkasse/Ihren Kostenträger oder für weiterbehandelnde Zahnärzte oder Ärzte nachprüfbar behandeln zu können. Auch alle Verordnungen/Rezepte sind patientengebunden und benötigen Name, Anschrift, Kostenträger und Versicherungsnummer. Haben wir diese Daten nicht, können wir Ihnen zum Beispiel kein Rezept für ein Schmerzmedikament ausstellen oder einen Heil- und Kostenplan erstellen. Die Datenerhebung ist daher für eine sorgfältige Behandlung zwingend erforderlich.

Ihre Daten werden auf unserem Server passwortgeschützt gespeichert. Zugang zu diesen Daten haben nur autorisierte Praxismitarbeiter. Ihre Daten werden nach den jeweiligen gesetzlich vorgeschriebenen Fristen aufbewahrt. Gegebenenfalls kann eine längere Aufbewahrung erforderlich sein. Eine Übersicht der gesetzlichen Aufbewahrungsfristen finden Sie auf dieser Internetseite <https://www.kzv-rheinlandpfalz.de/praxis/dsgvo/informationspflichten-der-praxis>

#### **Wem übermitteln wir Ihre Daten?**

- Die Kassenzahnärztliche Vereinigung Rheinland-Pfalz (Körperschaft des öffentlichen Rechts) erhält die Daten zur Abrechnung mit Ihrer Krankenkasse und zur Prüfung auf Korrektheit.
- Ihre Krankenkasse oder ein anderer Kostenträger des gesetzlichen Versicherungssystems (zum Beispiel die Landesunfallkasse) bekommt die für die Abrechnung relevanten Daten.
- Zahntechnische Labore erhalten Daten, die für die Herstellung von kieferorthopädischen Apparaturen notwendig sind (zum Beispiel Name, Versicherungsstatus, Therapieplanung).
- Vertragszahnärztliche Gutachter und der Medizinische Dienst der Krankenkassen erhalten Ihre Daten (Name, Befund- und Therapieunterlagen etc.), die im Auftrag Ihrer Krankenkasse ein Gutachten erstellen sollen.
- Auf Verlangen der Prüfungsstelle müssen im Rahmen einer gesetzlich vorgeschriebenen Wirtschaftlichkeitsprüfung Abrechnungsdaten übermittelt werden.
- Zur Wahrnehmung berechtigter Interessen der Zahnarztpraxis kann die Inanspruchnahme anwaltlicher oder gerichtlicher Hilfe erforderlich sein, die eine Datenweitergabe erfordern.
- Ihr Hauszahnarzt erhält nach ihrer Einwilligung auf unserem Anamnesebogen Berichte über den Verlauf der Behandlung, mitbehandelnde Ärzte erhalten ggf. Röntgenbilder zur Durchführung weiterer notwendiger Behandlungsmaßnahmen.
- Andere Ärzte, Versicherungen, private Abrechnungsstellen und andere Institutionen erhalten nur mit separater Einwilligung durch Sie die für den jeweiligen Fall notwendigen Daten.

#### **Welche Rechte haben Sie im Zusammenhang mit dem Datenschutz?**

Sie haben gegenüber uns folgende Rechte hinsichtlich der Sie betreffenden personenbezogenen Daten:

- Recht auf Auskunft
- Recht auf Berichtigung oder Löschung
- Recht auf Einschränkung der Verarbeitung
- Recht auf Widerspruch gegen die Verarbeitung
- Recht auf Datenübertragbarkeit

#### **Kontaktdaten:**

Sollten Sie Fragen zum Datenschutz in meiner Praxis haben, hilft Ihnen mein Datenschutzbeauftragter gerne weiter. Sie erreichen ihn unter:

Dr. Vanessa Ruck  
Johannes Ruck  
Schießhausstr. 17  
67061 Ludwigshafen  
Telefon: 0621/5889194  
datenschutz@kieferorthopaedie-lu.de

Sie haben das Recht, sich bei Fragen rund um den Datenschutz oder mit Beschwerden an die rheinland-pfälzische Datenschutzbehörde zu wenden:

Landesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit Rheinland-Pfalz  
Postfach 30 40  
55020 Mainz  
Telefon: 06131/208-2449  
Telefax: 06131/208-2497  
E-Mail: [poststelle@datenschutz.rlp.de](mailto:poststelle@datenschutz.rlp.de)  
[www.datenschutz.rlp.de](http://www.datenschutz.rlp.de)

**Datenschutzrechtliche  
Einwilligungserklärung** für die  
Verarbeitung personenbezogener  
Patientendaten gemäß Artt. 6, 7 Abs. 1 lit. a  
DSGVO



**dr.  
vanessa  
ruck**

fachzahnärztin für  
kieferorthopädie

**Patient/in:**

Name	
Adresse	

Ich stimme hiermit der Speicherung meiner personenbezogenen Daten für den Zweck

*der kieferorthopädischen Behandlung/Beratung/Kiefergelenksberatung-behandlung, Abrechnung*

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).

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Patient/in**

(bei Minderjährigen: Unterschrift des/der Erziehungsberechtigten)