

# Neuaufnahmebogen für Jugendliche



Patient:

Name

Vorname

Geburtsdatum

Herr

Versicherter: Frau

Name

Vorname

Geburtsdatum

Straße

Postleitzahl/Ort

Telefon Festnetz

Krankenkasse

E-Mail

Telefon mobil

Arbeitgeber

Beruf

Telefon dienstlich

Welche Sprache sprechen Sie: \_\_\_\_\_

**Für privat Versicherte:** sind Sie im Standard- bzw. Basistarif versichert? Ja  Nein

Das Beantworten der folgenden Fragen erfolgt auf freiwilliger Basis. Wir weisen darauf hin, dass diese Fragen notwendig sind, um Dir eine adäquate Behandlung/ Versorgung zu gewährleisten.

1. Behandelnde Ärzte:

Kinder/Hausarzt \_\_\_\_\_

Zahnarzt \_\_\_\_\_

2. Hast Du schwerwiegende allgemeinmedizinische Erkrankungen z.B. an Herz, Lunge, Leber, Nieren, Epilepsie, Asthma? \_\_\_\_\_

3. Hast Du eine Störung der Blutgerinnung oder ist eine solche Erkrankung in der Familie bekannt? Ja  Wenn ja, was? \_\_\_\_\_ Nein

4. Nimmst Du regelmäßig Medikamente ein? Ja  Nein   
Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

5. Neigst Du zu allergischen Reaktionen (Heuschnupfen, Hautausschläge/Ekzeme, Asthma/ Medikamente)? \_\_\_\_\_

6. Therapien? Ergotherapie  Logopädie  Physiotherapie  Psychotherapie

7. Bist Du mit Deinen Zähnen zufrieden? Wenn nein, was möchtest Du verändert haben? \_\_\_\_\_

8. Aus welchem Grund bist Du heute zu uns gekommen (Routinekontrolle, Schmerzen etc.)? \_\_\_\_\_

9. Gab es Unfälle mit Beteiligung der Zähne oder des Kiefers? Ja  Nein

10. Hast Du bei Dir schief stehende Zähne beobachtet? Ja  Nein

11. Bist Du bereits in kieferorthopädischer Behandlung? Ja  Nein

Wenn ja, bei wem? \_\_\_\_\_

**Bitte wenden →**

12. Trinkst Du aus Sportflaschen? Ja  Nein
13. Wenn ja: Wie oft, wie lange und was? \_\_\_\_\_
14. Wie häufig pro Tag putzt Du Deine Zähne? Womit? \_\_\_\_\_
15. Wie häufig pro Tag isst und trinkst Du zuckerhaltige Nahrungsmittel? \_\_\_\_\_
16. Benutzt du regelmäßig Fluoride? Ja  Nein
- In welcher Form? Zahnpaste  Gele  Salz  Mineralwasser
17. Wer hat Dich an uns überwiesen/empfohlen, bzw. wie bist Du auf uns aufmerksam geworden? \_\_\_\_\_
18. Sollen wir Dich per E-Mail an deine Kontrolltermine erinnern? Ja  Nein
19. Sind Sie damit einverstanden, dass wir von Ihrem Kind ein Foto für die Praxissoftware erstellen, um Ihr Kind identifizieren und bestmöglich auf die Behandlung vorbereiten zu können? Ja  Nein

**Zur Vorbereitung einer angenehmen Zahnbehandlung haben wir noch einige Fragen zu Deinen Beschäftigungen und Hobbys. Bitte fülle uns auch diese Fragen gewissenhaft aus.**

1. Hast Du Angst vor dem Zahnarzt? Ja  Nein
2. Wenn ja, welche Erfahrungen hast Du beim Zahnarzt gemacht? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
3. Wann warst Du das letzte Mal beim Zahnarzt? \_\_\_\_\_
4. Deine Hobbys und Lieblingsbeschäftigungen?
- a. Lieblings-Beschäftigung? \_\_\_\_\_
- b. Lieblings-Buch? \_\_\_\_\_
- c. Lieblings-Musik? \_\_\_\_\_

---

**Erklärung des Erziehungsberechtigten:**

Ich habe diesen Fragebogen mit meinem Sohn/Tochter zusammen ausgefüllt und bestätige die Richtigkeit der Angaben.

Wir weisen Sie darauf hin, dass eine falsche Angabe zur Krankenversicherung oder das Nichtbezahlen von Privatrechnungen den Tatbestand des Betruges erfüllt, und strafrechtlich verfolgt werden kann.

**Bitte teilen Sie uns Änderungen Ihrer Anschrift oder anderer Angaben rechtzeitig mit!**

In welcher Beziehung stehen Sie zu diesem Kind? \_\_\_\_\_

Sorgeberechtigter: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Erziehungsberechtigten

## Einverständniserklärung zur Publikation von Fotos und Videodokumentation vor Fachpublikum

Liebe Patienten, liebe Eltern, liebe Sorgeberechtigten,

Um jedem Kind einen optimalen Zahnarztbesuch gestalten zu können ist es hilfreich, die Behandlungen auf Video aufzuzeichnen oder auch fotodokumentarisch festzuhalten. So können wir die Reaktionen des Kindes analysieren und dadurch unsere Arbeit weiter verbessern.

Wir nutzen die erstellten Videoaufzeichnungen zur praxisinternen Fortbildung und zur Demonstration während Fortbildungsveranstaltungen vor medizinischem Fachpersonal (Ärzte, Zahnärzte, Therapeuten etc.). Von uns erstellte Fotos verwenden wir nur in anonymisierter Form für unsere eigene Homepage ( [www.magic-dental.de](http://www.magic-dental.de) ) und zur Publikation von Fachberichten.

Sollte ein besonderes Interesse unsererseits daran bestehen, die Bilder in der Öffentlichkeit zu nutzen, so würden Sie von uns darüber informiert werden. Es würde in diesem Fall eine zusätzliche, schriftliche Vereinbarung getroffen werden.

Somit ist eine Veröffentlichung unsererseits ohne zusätzliche Einverständniserklärung ausgeschlossen.

---

Mit meiner Unterschrift stimme ich der Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Daten/ der Daten meines Kindes im oben erläuterten Rahmen zu.

Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit schriftlich mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

---

Datum

Unterschrift des Patienten oder des/ der Erziehungsberechtigten



**Qualitätsmanagement-Handbuch**  
**Datenschutzhandbuch**  
**FO Information zur Erhebung von Daten**

**Kinderzahnarztpraxis  
Dres. Rienhoff &  
Partner  
Hunaeusstraße 6  
30177 Hannover**

**Informationspflicht: Erhebung von Daten bei der betroffenen Person**  
**(Art. 13 DSGVO)**

**1. Bezeichnung der Verarbeitungstätigkeit**

Datenschutzhinweise im Zusammenhang mit der Aufnahme der Patientendaten für die zahnärztliche Behandlung inkl. Dokumentation und Abrechnung der erhaltenen Leistungen

**2. Name und Kontaktdaten des Verantwortlichen und des Datenschutzbeauftragten**

**Verantwortliche Stelle:**

Dres. Jan und Sabine Rienhoff  
Maren Engel-Faschkami  
Hunaeusstr. 6  
30177 Hannover  
Tel.: 0511- 62 81 97  
Fax: 0511- 394 80 61  
kontakt@magic-dental.de  
info@magic-dental.de  
[www.magic-dental.de](http://www.magic-dental.de)

**Datenschutzbeauftragte:**

Sonja Machurig  
Hunaeusstr. 6  
30177 Hannover  
Tel.: 0511- 62 81 97  
Fax: 0511- 394 80 61  
datenschutz@magic-dental.de

**3. Zwecke und Rechtsgrundlagen der Verarbeitung**

**3a) Zwecke der Verarbeitung:**

Ihre Daten werden dafür erhoben, um einen reibungslosen Ablauf in der Zahnarztpraxis (bestmögliche Behandlung/ Versorgung der Patienten, Abrechnung der erfolgten Leistungen, Zusammenarbeit mit anderen Medizinern und Laboren, sowie unter Umständen Jugend- und Sozialämtern) zu gewährleisten.

**3b) Rechtsgrundlagen der Verarbeitung**

Ihre Daten werden auf Grundlage von Art. 6 Abs. 1 Buchstabe a-d DSGVO in Verbindung mit Art. 9 Abs. 2 Buchstabe c, f, h sowie § 12 der Berufsordnung der Zahnärzte Niedersachsen und § 630f BGB verarbeitet.

**4. Empfänger oder Kategorien von Empfängern der personenbezogenen Daten**

Ihre personenbezogenen Daten werden weitergegeben an:

- private und gesetzliche Krankenkassen
- Unfallversicherungen
- Kassenzahnärztliche Vereinigung
- Sozial- und Jugendämter



**Qualitätsmanagement-Handbuch**  
**Datenschutzhandbuch**  
**FO Information zur Erhebung von Daten**

**Kinderzahnarztpraxis  
Dres. Rienhoff &  
Partner  
Hunaeusstraße 6  
30177 Hannover**

Mit schriftlicher Einwilligung an:

- Fachpublikum
- Private Abrechnungsstellen
- mitbehandelnde Ärzte/ Zahnärzte/ Krankenhäuser/ Überweiser
- Schulen/Kindergärten/Sportvereine
- externes Dentallabor
- Gutachter

## **5. Übermittlung von personenbezogenen Daten an ein Drittland**

Es ist nicht geplant, Ihre personenbezogenen Daten an ein Drittland zu übermitteln. Sollte dies in einem ganz seltenen Fall notwendig werden, so werden wir Sie rechtzeitig darüber informieren und uns Ihre Einwilligung erbitten.

## **6. Dauer der Speicherung der personenbezogenen Daten**

Ihre Daten werden nach den folgenden gesetzlichen Vorgaben gespeichert:

Röntgenbilder: 10 Jahre bzw. wenn das Bild vor dem 18. Lj. erstellt wurde bis zum 28. Lj.  
(§ 28 Abs. 3 Satz 2 Röntgenverordnung)

Zahnärztliche Aufzeichnungen: min. 10 Jahre nach Behandlungsabschluss (§ 630f Abs. 3 BGB)

Rechnungen/ Quittungen u.a.: 10 Jahre nach Ende des Kalenderjahres (§147 Abs. 1 und 3 Abgabenordnung)

Foto/ Videoaufzeichnungen: siehe zahnärztliche Aufzeichnungen

## **7. Betroffenenrechte**

Nach der Datenschutz-Grundverordnung stehen Ihnen folgende Rechte zu:

Werden Ihre personenbezogenen Daten verarbeitet, so haben Sie das Recht Auskunft über die zu Ihrer Person gespeicherten Daten zu erhalten (Art. 15 DSGVO, § 12 Abs. 4 Berufsordnung, §630g BGB).

Sollten unrichtige personenbezogene Daten verarbeitet werden, steht Ihnen ein Recht auf Berichtigung zu (Art. 16 DSGVO).

Liegen die gesetzlichen Voraussetzungen vor, so können Sie die Löschung oder Einschränkung der Verarbeitung verlangen sowie Widerspruch gegen die Verarbeitung einlegen (Art. 17, 18 und 21 DSGVO).

Erstellt/bearbeitet von: Sonja Machurig	Freigabe Verantwortlicher:	Seite 2 von 3
Datum: 26.04.2018	Datum:	Version 2



**Qualitätsmanagement-Handbuch**  
**Datenschutzhandbuch**  
**FO Information zur Erhebung von Daten**

**Kinderzahnarztpraxis  
Dres. Rienhoff &  
Partner  
Hunaeusstraße 6  
30177 Hannover**

Wenn Sie in die Datenverarbeitung eingewilligt haben oder ein Vertrag zur Datenverarbeitung besteht und die Datenverarbeitung mithilfe automatisierter Verfahren durchgeführt wird, steht Ihnen gegebenenfalls ein Recht auf Datenübertragbarkeit zu (Art. 20 DSGVO).

Sollten Sie von Ihren oben genannten Rechten Gebrauch machen, prüft die verantwortliche Stelle, ob die gesetzlichen Voraussetzungen hierfür erfüllt sind.

Weiterhin besteht ein Beschwerderecht beim Niedersächsischen Landesbeauftragten für den Datenschutz:

Die Landesbeauftragte für den Datenschutz Niedersachsen  
Barbara Thiel  
Prinzenstraße 5  
30159 Hannover  
Tel.: 0511 1204500  
[www.lfd.niedersachsen.de](http://www.lfd.niedersachsen.de)

## **8. Widerrufsrecht bei Einwilligung**

Wenn Sie in die Verarbeitung durch die Praxis Dres. Rienhoff und Engel-Faschkami über eine entsprechende Erklärung eingewilligt haben, können Sie die Einwilligung jederzeit für die Zukunft widerrufen. Die Rechtmäßigkeit, der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Datenverarbeitung, wird durch diesen nicht berührt. Noch offene Forderungen (Honoraranforderungen) werden durch diesen Widerruf nicht berührt. Erst nach Zahlung der Forderungen ist der Widerruf gültig.

## **9. Pflicht zur Bereitstellung der Daten**

Sie sind dazu verpflichtet, Ihre Daten anzugeben. Diese Verpflichtung ergibt sich aus dem Behandlungsvertrag § 630a BGB. Wir benötigen Ihre Daten, um einen Behandlungsvertrag mit Ihnen eingehen zu können. Zudem sind wir nach der Berufsordnung zu einer, nach Patienten getrennten, Karteführung verpflichtet.

Wenn Sie die erforderlichen Daten nicht angeben, kann der Behandlungsvertrag mit Ihnen nicht abgeschlossen werden.

## **10. Sonderfall: Informationspflicht für den Fall einer späteren Zweckänderung**

Wir verpflichten uns nach Art. 13 Abs. 3 DSGVO Sie rechtzeitig darüber zu informieren, falls wir Ihre Daten zu einem anderen Zweck wie oben angegeben verarbeiten möchten.

Erstellt/bearbeitet von: Sonja Machurig	Freigabe Verantwortlicher:	Seite 3 von 3
Datum: 26.04.2018	Datum:	Version 2