

Neuaufnahmebogen für Kinder

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. Basisarbit versichert? Ja Nein

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

1. Behandelnde Ärzte:

Kinderarzt _____ Zahnarzt _____

2. Hat oder hatte Ihr Kind allgemeinmedizinische Erkrankungen z.B. an Herz, Lunge, Leber, Nieren, Epilepsie, Asthma? _____

3. Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein? Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

4. Neigt Ihr Kind zu allergischen Reaktionen (Heuschnupfen, Hautausschläge/Ekzeme, Asthma/ Medikamente)? _____

5. Hat Ihr Kind eine Störung der Blutgerinnung oder ist eine solche Erkrankung in der Familie bekannt? Ja Wenn ja, was? _____ Nein

6. Hat/ hatte Ihr Kind Therapien? Ergotherapie Logopädie Physiotherapie

7. Aus welchem Grund sind Sie heute zu uns gekommen (Routinekontrolle, Schmerzen etc.)? _____

8. Hat Ihr Kind genuckelt oder nuckelt es noch? Wenn ja, wie lange und woran (z.B. Daumen, Schnuller...)? _____

9. Wie lange wurde Ihr Kind gestillt, bzw. hat es die Nuckelflasche bekommen? _____

10. Trinkt Ihr Kind noch aus Nuckelflaschen Trinklernbechern Schnabeltassen
Sportflaschen

11. Wenn ja: Wie oft, wie lange und was? _____

Bitte wenden →

12. Wie häufig putzt Ihr Kind die Zähne? Womit? Putzt Ihr Kind alleine? _____

13. Wie häufig pro Tag isst und trinkt Ihr Kind zuckerhaltige Nahrungsmittel? _____

14. Bekommt Ihr Kind Fluoride? Ja Nein

In welcher Form? Zahnpasta Tabletten Gele Salz Mineralwasser

15. Wer hat sie an uns überwiesen/empfohlen, bzw. wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? _____

16. Sollen wir Sie per E-Mail an die Kontrolltermine Ihres Kindes erinnern? Ja Nein

17. 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

Liebe Eltern,

zur Vorbereitung einer angenehmen Zahnbehandlung Ihres Kindes haben wir noch einige Fragen zum Verhalten und Beschäftigungen Ihres Kindes. Bitte füllen Sie auch diese Fragen gewissenhaft aus.

1. Kosenamen Ihres Kindes? _____

2. Geht Ihr Kind in den Kindergarten/Schule? _____

3. War Ihr Kind schon einmal beim Zahnarzt? Ja Nein

4. Hat Ihr Kind Angst vor dem Zahnarzt? Ja Nein

5. Wenn ja, welche Erfahrungen hat Ihr Kind beim Zahnarzt gemacht? _____

6. Haben Sie selbst Angst vor dem Zahnarzt? Ja Nein

7. Die Welt Ihres Kindes

a. Lieblings-Beschäftigung? _____

b. Lieblings-Tier? _____

c. Lieblings-Kuscheltier? _____

d. Lieblings-Buch? _____



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

Datenschutz

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

Liebe Patienten, liebe Eltern, liebe Sorgeberechtigte,

Wir haben Sie schriftlich durch das Formblatt „Informationspflicht: Erhebung von Daten bei der betroffenen Person (Art. 13 DSGVO)“ über alle Bestandteile sowie Rechte und Pflichten gemäß Artikel 13 DSGVO aufgeklärt.

Bei Fragen können Sie sich jederzeit an das Praxisteam und unsere Datenschutzbeauftragte wenden. Falls Sie eine Kopie des Formblatts wünschen, sprechen Sie uns einfach an.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich schriftlich über die Verarbeitung meiner Daten informiert und aufgeklärt wurde.

Datum, Unterschrift des Patienten bzw. seines Bevollmächtigte/r/gesetzliche/r Vertreter/in

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) 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

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: 16.04.2018	Datum:	Version 1



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.

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, Karteiführung 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.