



Neuaufnahmebogen Kieferorthopädie Kinder + 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 Ihnen und Ihrem Kind eine adäquate Behandlung/ Versorgung zu gewährleisten.

1. Behandelnde Ärzte:

Kinderarzt _____ Zahnarzt _____

Facharzt _____

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

3. Hat Ihr Kind ein Syndrom o.ä. (Trisomie 21/ Autismus/ Mutismus/ ADS etc.)? Ja Nein
Wenn ja, welches? _____

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

5. Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein? Ja Nein
Wenn ja, welche? _____

6. Neigt Ihr Kind zu allergischen Reaktionen (Heuschnupfen, Hautausschläge/Ekzeme, Asthma/ Medikamente)? _____
Sind Allergien gegen Kunststoffe oder Metalle bekannt? _____

7. Aus welchem Grund sind Sie heute zu uns gekommen? Was stört Sie an den Zähnen Ihres Kindes? _____

8. Ist Ihr Kind bereits anderweitig kieferorthopädisch behandelt oder untersucht worden?
Ja Wenn ja, bei wem? _____ Nein

Bitte wenden →

9. Therapien? Ergotherapie Logopädie Physiotherapie Psychotherapie
10. Gab es Unfälle mit Beteiligung der Zähne oder des Kiefers? Ja Nein
11. Bestehen Kiefergelenksbeschwerden? Ja Nein
12. Wird mit den Zähnen geknirscht oder gepresst? Ja Nein
13. Wurde in den vergangenen zwölf Monaten ein Röntgenbild im Kopf-/ Kieferbereich erstellt?
Ja Nein

Wenn ja, bei welchem Arzt (Name)? _____

14. Wie häufig putzt Ihr Kind seine Zähne? Womit? _____

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

16. Abhängig von der Schwere einer Zahnfehlstellung kann man meistens mit festsitzenden oder herausnehmbaren Geräten arbeiten. Welche Lösung erscheint Ihnen für Ihr Kind besser und warum?

17. Für die meisten kieferorthopädischen Behandlungen verlangen die gesetzlichen Gesundheitskassen eine Zuzahlung von den Eltern, welche nach erfolgreicher Behandlung von ihnen zurückerstattet wird. Wer wäre in Ihrem Fall der Rechnungsempfänger?

Erklärung des Erziehungsberechtigten:

Ich habe diesen Fragebogen mit meinem Sohn/meiner 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

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.

Dürfen wir Ihre oben genannten Ärzte bei behandlungsrelevanten Fragen kontaktieren? Ja Nein

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: 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

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