PRAXIS DR. ORDELHEIDE

DR. MED. DENT.
KARSTEN ORDELHEIDE
ZAHNARZT

DR. MED. DENT.
NINA KLAHOLZ
ZAHNÄRZTIN

IHRE ZAHNÄRZTE
IN GIEVENBECK
POTSTIEGE 3
48161 MÜNSTER
0251 / 861842
gievenbeck@dr-ordelheide.de

HERZLICH WILLKOMMEN IN UNSERER PRAXIS

PATIENTENDATEN

Name, Vorname: _____ Geb. Datum: _____

Geburtsort: _____ Anschrift: _____

Beruf: _____ _____

Telefon / Mobil: _____ E-Mail: _____

Privat [ ] Gesetzlich [ ] _____

Familienversichert bei: Name: _____ Geb.-Datum: _____

Anschrift: _____

Für Privatversicherte: Bitte haben Sie Verständnis dafür, dass unsere Rechnungen nach der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ/GOÄ) erstellt werden. Mit unten stehender Unterschrift erkläre ich mich damit einverstanden.

ANAMNESE

Haben oder hatten Sie eine ansteckende Erkrankung (Corona-Virus, Hepatitis, HIV etc.)? ja [ ] nein [ ]

Waren Sie in den letzten 14 Tagen in einem Corona-Hochrisiko- oder Virusvariantengebiet? ja [ ] nein [ ]

Sind Sie bereits gegen Corona / Covid 19 geimpft worden? ja [ ] nein [ ]

Reagieren Sie überempfindlich auf bestimmte Stoffe / haben Sie Allergien ja [ ] nein [ ]

Welche? _____

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Welche? _____ ja [ ] nein [ ]

Bluten Sie lange nach Verletzungen? ja [ ] nein [ ]

Für Patientinnen: Besteht eine Schwangerschaft? Wenn ja in welcher Woche? _____ ja [ ] nein [ ]

Rauchen Sie? ja [ ] nein [ ]

Haben Sie sonstige Erkrankungen? Welche? _____ ja [ ] nein [ ]

Ihr Hausarzt ist: Dr. _____

Wann fand die letzte Röntgenuntersuchung der Zähne statt? _____

Möchten Sie an ihren Termin erinnert werden? [ ] Telefon [ ] e-mail nein [ ]

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden? Empfehlung [ ] Praxisschild [ ] Internet [ ]

Wir bitten um rechtzeitige Benachrichtigung, 24 Stunden vorab, falls Sie einen Termin nicht einhalten können.

_____ _____

Ort, Datum Unterschrift Patient

Einwilligung in die Verarbeitung personenbezogener Daten

Sehr geehrte/r Patient/in,

in unserer Praxis möchten wir aus organisatorischen Gründen auch Verarbeitungen von Daten vornehmen, für die jeweils eine Einwilligung des Patienten erforderlich ist.

Diese Verarbeitungen sind im Einzelnen unten aufgeführt und in einer Zahnarztpraxis durchaus üblich. Wir möchten Sie bitten, durch Ankreuzen und durch Ihre Unterschrift zu bestätigen, dass bzw. mit welchen Verarbeitungen Sie einverstanden sind. Ihre Behandlung ist hiervon selbstverständlich nicht abhängig. Sie haben die Möglichkeit, jede Einwilligung jederzeit durch formlose Mitteilung an uns zu widerrufen.

Die Art der verarbeiteten Daten, der Umfang der Verarbeitung und mögliche Empfänger sind in allen Fällen auf das für den jeweiligen Zweck Erforderliche beschränkt. Die Daten werden nach Zweckerfüllung gelöscht, soweit keine gesetzliche Aufbewahrungspflicht besteht. Es sind technische und organisatorische Maßnahmen getroffen, um die Daten gegen Manipulationen, Verlust, oder den Zugriff unberechtigter Personen zu schützen.

Verantwortlicher für die Datenverarbeitung und Ihr Ansprechpartner für Fragen ist Frau Dr. Nina Klaholz.

Ja, ich bin mit der Verarbeitung einverstanden.	
1. Recall	Ein regelmäßiger Zahnarztbesuch ist sinnvoll und kann zu Einsparungen beim Zahnersatz führen. Mit unserem "Recall" erinnern wir Sie hieran gerne per Mail oder SMS normalerweise 6 Monate nach Ihrer letzten Untersuchung.
2. Abrechnung über externen Dienstleister	Wir nehmen uns viel lieber Zeit für Ihre Behandlung als für die Abrechnung. Sofern einmal private Zahlungen anfallen, beauftragen wir daher regelmäßig das Unternehmen BFS Health Finance, Hülshoff 24, 44369 Dortmund, uns diese Arbeit abzunehmen. Es handelt sich dabei um ein zuverlässiges, anerkanntes zahnärztliches Abrechnungsunternehmen. An dieses werden nur die für die Abrechnung erforderlichen Daten, insbesondere Ihre Kontaktdaten sowie die nach der Gebührenordnung für Zahnärzte/Ärzte erbrachten Leistungen übermittelt, soweit erforderlich auch mit uns geschlossene besondere Vereinbarungen, aber keine darüber hinausgehenden Gesundheitsdaten oder sonstige Informationen.
3. Terminerinnerungen	Gerne erinnern wir Sie auch in Zukunft an ihre bereits vereinbarten Termine. Hierfür werden Sie von uns per e-Mail oder SMS angeschrieben.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich,

Name: _____ Geburtsdatum: _____

Adresse:
_____

dass ich ausreichend über die jeweils beabsichtigten Verarbeitungen informiert bin und freiwillig mein Einverständnis in die Verarbeitungen erkläre, **soweit ich diese oben nicht durchgestrichen habe.**

In demselben Umfang, beschränkt auf den jeweils dargestellten Verarbeitungszweck, entbinde ich Dr. Alexandra Ordelheide und Dr. Karsten Ordelheide und das für die jeweilige Verarbeitung eingesetzte Personal von der zahnärztlichen Schweigepflicht.

Datum, Unterschrift

_____