



LANGNER ZAHNÄRZTE
Behandlungs- und Diagnostikzentrum

Martin Langner
Stephan Langner

Lauenhäger Straße 24
31655 Stadthagen
05721 – 927 984
www.langner.biz
info@langner.biz

Liebe Patientin, lieber Patient,

um die für Ihre Behandlung geeigneten Verfahren auswählen zu können bitten wir Sie um gewissenhafte Beantwortung folgender Fragen. Ihre Angaben unterliegen der Schweigepflicht. Bei Unklarheiten können Sie sich gerne an uns wenden. Ihre Gesundheit verändert sich. Bitte verstehen Sie, dass wir Sie regelmäßig erneut befragen.

Name: _____ Vorname: _____
 Geburtstag: _____ Anschrift: _____
 Mobil: _____ Telefon: _____
 E-Mail: _____ Hausarzt: _____

ALLGEMEINES	ja	nein	
Haben Sie Angst vor der Behandlung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Interessieren Sie sich für eine Lachgassedierung ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Besteht eine Zahnzusatzversicherung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Dürfen wir Sie an fällige Untersuchungen erinnern ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Körpergewicht über 130kg?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Besteht derzeit eine Schwangerschaft ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schwangerschaftswoche:

GESUNDHEITSFRAGEN	ja		
Allergien/ Medikamentenallergien	<input type="checkbox"/>		welche?
regelmäßig eingenommene Medikamente	<input type="checkbox"/>		welche?
Bluthochdruck	<input type="checkbox"/>		
Herzinfarkt/Koronare Herzkrankheit/Rhythmusstörungen	<input type="checkbox"/>		
Herzklappenersatz/Herzinsuffizienz	<input type="checkbox"/>		
Herzschrittmacher/Defibrillator	<input type="checkbox"/>		
Schlaganfall	<input type="checkbox"/>		
Infektionskrankheiten	<input type="checkbox"/>		
Virus hepatitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	B <input type="checkbox"/> C/andere
AIDS/HIV	<input type="checkbox"/>		
Blutverdünnung /Blutgerinnungsstörung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Marcumar <input type="checkbox"/> andere
Leber-/Nierenerkrankungen	<input type="checkbox"/>		
Schilddrüsenerkrankungen	<input type="checkbox"/>		
Krebserkrankungen/Tumorleiden	<input type="checkbox"/>		
Anfallsleiden (Epilepsie)	<input type="checkbox"/>		
Atemwegserkrankungen	<input type="checkbox"/>		
Osteoporose/Knochenschwäche	<input type="checkbox"/>		
erhöhter Augendruck (Glaukom)	<input type="checkbox"/>		
Zuckerkrankheit (Diabetes)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Typ I <input type="checkbox"/> Typ II
frühere Operationen	<input type="checkbox"/>		welche?
suchtartiger Alkohol-/Drogenkonsum	<input type="checkbox"/>		

Vereinbarung: Sollten Sie einen Behandlungstermin nicht wahrnehmen, ohne uns darüber mindestens 24 Stunden vor dem vereinbarten Termin zu informieren, können dadurch erhebliche finanzielle Einbußen durch Ausfallzeiten unseres Praxisteam entstehen. Dies gilt insbesondere dann, wenn in der für Sie vorgesehenen Behandlungszeit keine anderen Patienten behandelt werden können. Für diesen Fall kann Ihnen daher ein Ausfallhonorar in Höhe von 90,00 Euro für jede vereinbarte angefangene halbe Stunde in Rechnung gestellt werden, es sei denn, Ihr Fernbleiben war nachgewiesen unverschuldet. Die Informationen zur Erhebung personenbezogener Daten nach EU-DSGVO habe ich zur Kenntnis genommen und erkläre mein Einverständnis (Rückseite, Aushang in unseren Praxisräumen).

Beachten Sie bitte: Betäubungsmittel und Lachgas können Ihre Fahrtüchtigkeit beeinträchtigen.

Datum: _____

Unterschrift: _____

Informationen zur Erhebung/Verarbeitung personenbezogener Daten

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

wir möchten Sie darüber informieren, dass im Rahmen der zahnärztlichen Behandlung in unserer Praxis personenbezogene Daten erhoben und gespeichert werden. Personenbezogene Daten sind Daten, die auf Sie persönlich beziehbar sind (z. B. Name, Adresse, Gesundheitsdaten).

Die Erhebung und Speicherung der Daten ist für die Behandlung gemäß Art. 6 Abs. 1 b) EU-DSGVO notwendig. Ohne die Erhebung und Speicherung der Daten ist die Behandlung nicht möglich. Die von Ihnen erhobenen und gespeicherten Gesundheitsdaten sind besondere Daten, deren Berechtigung zur Verarbeitung aus Art. 9 Abs. 2 h) EU-DSGVO folgt.

Verantwortlich für die Erhebung und Speicherung der Daten sind Martin Langner und Stephan Langner, erreichbar unter der Praxisanschrift Lauenhäger Straße 24, 31655 Stadthagen, E-Mail info@langner.biz und Telefonnummer 05721-927984.

Unseren Datenschutzbeauftragten erreichen Sie unter der Praxisanschrift Lauenhäger Straße 24, 31655 Stadthagen, E-Mail info@langner.biz und Telefonnummer 05721-927984.

Die bei uns über Sie gespeicherten personenbezogenen Daten werden im Einzelfall nur dann weitergegeben, wenn wir gesetzlich dazu verpflichtet sind (bspw. gesetzliche Krankenversicherung, gesetzliche Unfallversicherung, Medizinischer Dienst der Krankenkassen), die Weitergabe zur Erfüllung des Behandlungsvertrages erforderlich ist (bspw. Dentallabore oder medizinische Labore) oder Sie in die Weitergabe eingewilligt haben (bspw. Abrechnungsbüro). Die Weitergabe erfolgt nur in dem notwendigen oder von Ihnen bewilligten Umfang.

Die gespeicherten Daten werden gelöscht, sobald sie für den Zweck der Verarbeitung nicht mehr erforderlich sind. Im Übrigen haben wir gesetzliche Aufbewahrungspflichten zu erfüllen, die uns dazu verpflichten Gesundheitsdaten (Patientenakte) aufzubewahren (§ 630f Abs. 3 BGB, § 85 StrlSchG).

Sie haben uns gegenüber folgende Rechte hinsichtlich der bei uns über Sie gespeicherten Daten:

- Recht auf Berichtigung und Löschung
- Recht auf Auskunft
- Recht auf Einschränkung der Verarbeitung
- Recht auf Datenübertragbarkeit

Wir möchten Sie darauf aufmerksam machen, dass Ihr Recht auf Löschung der Daten gemäß Art. 17 Abs. 3 b) EU-DSGVO nur im Rahmen der Dokumentations- und Aufbewahrungspflichten, die uns gesetzlich auferlegt sind, erfolgen kann (§ 630f Abs. 3 BGB).

Ich willige ein, dass die Zahnarztpraxis Langner zur Verwaltung von Terminen mit dem Online-Terminmanagement von Dampsoft Daten an Dampsoft weiterleitet. Die übertragenen Daten sind Familienname, Vornamen, Geburtsdatum, Geschlecht, Rufnummern Mobil, E-Mail-Adresse, Passwort, Behandlungstermin (Datum, Uhrzeit), Behandlungsart, Patientenummer und Festnetzrufnummer. Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

Zum Betrieb der Anwendung nutzt Dampsoft die Dienstleistungen von Unterauftragnehmern zum Hosting der Server und zur Übermittlung von SMS-Terminerinnerungen. Dabei ist sichergestellt, dass die jeweiligen Unterauftragnehmer geeignete und angemessene technische und organisatorische Maßnahmen zum Schutz der personenbezogenen Daten getroffen haben.

Ihnen steht weiterhin ein Beschwerderecht bei der Landesbeauftragten für den Datenschutz Niedersachsen zu.

Ihre Zahnarztpraxis Langner

Datum: _____

Unterschrift: _____