

Sehr geehrter Patient, sehr geehrte Patientin, bitte helfen Sie uns und füllen den Anmeldebogen aus:

Patientin/Patient Name		Vorname		Geburtsdatum	
Familienversichert durch: Name		Vorname		Geburtsdatum	
Straße		Nr.		Telefon	
				Handy	
PLZ	Ort		E-Mail		
Krankenkasse			PRIVAT basis?		
Überweisender Zahnarzt/Arzt					
Beruf			Arbeitgeber		

Bei KVB I-III, Basis Tarif, Postbeamten A und B sowie einigen Privatkassen und Beihilfestellen werden nicht in jedem Fall alle Leistungen übernommen.

Im Interesse einer komplikationslosen Behandlung bitten wir um folgende Angaben:

Bitte ankreuzen
Ja **Nein**

	Ja	Nein
Leiden Sie an einer ansteckenden Erkrankung? (z.B. Hepatitis, HIV, AIDS, Tuberkulose)		
Befinden Sie sich in ständiger ärztlicher Behandlung? Wenn ja, weshalb?		
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja, welche?		
Nehmen Sie Mittel gegen Osteoporose ein (insbesondere Bisphosphonate)? Wenn ja, welche?		
Sind Allergien bekannt (z.B. gegen Medikamente)? Wenn ja, welche?		
Bei Patientinnen: Besteht eine Schwangerschaft? Wenn ja, welcher Monat? Stillen Sie?		
Rauchen Sie? Wenn ja, wieviel?		
Haben Sie – Herzerkrankungen?		
– eine Zuckerkrankheit?		
– Blutungsneigungen/Gerinnungsstörungen?		
– Atembeschwerden?		
– Leber- oder Nierenerkrankungen?		
– sonstige Erkrankungen?		
Bei einigen operativen Eingriffen ist eine Kontrolle des Operationserfolges nach 3–6 Monaten erforderlich. <i>Wünschen Sie eine schriftliche Erinnerung an diesen Kontrolltermin?</i>		

Liebe Patientin, lieber Patient!

Aufgrund der Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) und des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) sind wir verpflichtet, diese Einwilligung von Ihnen zu erbitten.

Einwilligungserklärung in die Datenverarbeitung

Ich bin einverstanden, dass durch die Praxis meine Daten zu folgenden Zwecken erhoben, verarbeitet und genutzt werden: zur Pflege der Kontaktdaten, der Erfüllung des Behandlungsvertrags, zur Abrechnung erbrachter Leistungen mit Krankenkassen, Abrechnungsstellen oder dem Patienten, zur therapeutischen Dokumentation, zum Erstellen von Behandlungsberichten, Röntgenbildern und Arztbriefen, ggf. zur histologischen Abklärung durch einen Pathologen und ggf. Meldung an das Krebsregister.

Zu diesen Zwecken können Ihre Daten an den überweisenden Arzt, Zahnarzt, Kieferorthopäden, Krankenhaus, ggf. einen Pathologen, die Krankenkasse und/oder die Abrechnungsfirma weitergegeben oder übermittelt werden. Dort werden diese ebenfalls zu folgenden Zwecken verarbeitet und genutzt: Zur Pflege der Kontaktdaten, zur Abrechnung erbrachter Leistungen mit Krankenkassen, zur therapeutischen Dokumentation.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass

- die im Rahmen der vorstehenden genannten Zweck erhobenen persönlichen Daten meiner Person unter Beachtung des DSGVO und des BDSG erhoben, verarbeitet, genutzt und übermittelt werden.
- die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Daten auf freiwilliger Basis erfolgt und dass ich mein Einverständnis verweigern kann mit der Folge, dass der Behandlungsvertrag nicht erfüllt werden kann/nicht zustande kommt und die Behandlung mit der Krankenkasse nicht abgerechnet werden kann.
- Ich bin jederzeit berechtigt, Auskunft über die zu meiner Person gespeicherten Daten zu verlangen.
- Ich bin jederzeit berechtigt, die Berichtigung, Löschung oder Sperrung einzelner Personen bezogener Daten zu verlangen.
- Ich bin jederzeit berechtigt, mit Wirkung für die Zukunft diese Einwilligungserklärung zu widerrufen.

Im Falle des Widerrufs ist der Widerruf zu richten an:

**mkg Bremen
Richtweg 19
28195 Bremen**

Im Falle des Widerrufs werden meine Daten nach Ablauf gesetzlicher Fristen und falls solche nicht mehr zu beachten sind, mit dem Zugang der Willenserklärung der Praxis gelöscht. Die Praxis wird meinen Widerruf an die o. g. Dritten weiterleiten, die ihrerseits dann meine Daten löschen.

Den „**Aushang Patienteninformation zum Datenschutz**“ habe ich gelesen und verstanden.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift