



### Liebe Patienten,

willkommen in unserer Praxis. Für eine sorgfältige Untersuchung benötigen wir die genaue Beantwortung dieses Fragebogens. Die Daten unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und werden vertraulich behandelt.

Für Ihre Unterstützung bedanken wir uns!

Name, Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Geburtsort \_\_\_\_\_

männlich     weiblich     divers

Adresse (Str., Hausnummer, PLZ) \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

Beruf \_\_\_\_\_

Adresse des Arbeitgebers: \_\_\_\_\_

### Krankenversicherung

Patient/in ist **gesetzlich** versichert    Name der Krankenkasse \_\_\_\_\_

Mitglied     Familienmitglied     Rentner     freiwillig versichert

Patient/in ist **privat** versichert    Name der Krankenkasse \_\_\_\_\_

Ich bin nicht beihilfeberechtigt     Ich bin beihilfeberechtigt \_\_\_\_\_  
Name der Beihilfe

Behandelnder Zahnarzt/Zahnärztin: \_\_\_\_\_

Ich komme durch     Überweisung     Empfehlung     auf eigenen Wunsch

Ich wünsche eine:

kieferorthopädische Beratung/Behandlung

Wurde bereits eine kieferorthopädische Beratung oder Behandlung durchgeführt? O ja O nein

### oder

ich komme aufgrund meiner Kiefergelenkbeschwerden (CMD) -

**Bitte füllen Sie den zusätzlichen Anamnesebogen – Kiefergelenkfunktionsstörung aus.**



### Leiden Sie an einer der folgenden Krankheiten?

- |   |                                       |   |  |
|---|---------------------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> Herzerkrankung                       | <input type="checkbox"/> Blutdruck    | <input type="checkbox"/> Diabetes               | <input type="checkbox"/> Rheuma                  |
| <input type="checkbox"/> Schilddrüsenüber- oder Unterfunktion |                                       | <input type="checkbox"/> Blutkrankheit          | <input type="checkbox"/> Thrombose               |
| <input type="checkbox"/> Allergien                            | <input type="checkbox"/> Asthma       | <input type="checkbox"/> Epilepsie/Krampfleiden |  |
| Infektionskrankheiten:  |                                       |   |  |
|   | <input type="checkbox"/> Hepatitis    | <input type="checkbox"/> Aids/HIV               | <input type="checkbox"/> Tuberkulose <u>oder</u> |
|   | <input type="checkbox"/> andere _____ |   |  |

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?  ja  nein Wenn ja, welche?

Hatten Sie Unfälle / Operationen im Kopf- Gesicht Bereich bzw. Verletzungen der Zähne?  ja  nein

Bestehen seit längerer Zeit Kopf- oder Rückenschmerzen? Schmerzen im Kiefergelenk/Kaumuskulatur?  ja  nein

Wurden in den letzten 12 Monaten Röntgenaufnahmen des Mundes-/Kieferbereiches angefertigt?  ja  nein

Sind Gewohnheiten bekannt, die zur Zahn- bzw. Kieferfehlstellung beigetragen haben könnten?

Zungenpressen  Lutschen (Daumen, Nuckel)  Sprachstörungen/Lispeln

Lippen beißen  Nägel/Wangen kauen  Zähneknirschen

Atmen Sie durch  Mund oder  Nase?  erschwerte Nasenatmung  offene Mundhaltung

Schnarchen Sie?  ja  nein

Wurde schon einmal eine homöopathische/osteopathische Behandlung oder eine andere alternative Heilmethode durchgeführt?  ja  nein

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass im Rahmen der kieferorthopädischen Behandlung notwendige Röntgenuntersuchungen gemacht werden.

Ich willige hiermit ein, dass die kieferorthopädische Praxis Befunde und Behandlungsdaten (beispielsweise vorhandene Röntgenbilder) bei weiteren Leistungserbringern (z. B. Zahnarzt/Hausarzt) einholt und vor Ort erhobene Befunde mitbehandelnden Ärzten übermittelt (u. a. per Fax): siehe Beiblatt Datenschutz Einverständnis.

Auch können Ihre personenbezogenen Daten zu Zwecken der Qualitätssicherung herangezogen werden. Weitere Informationen zur Datenverarbeitung erhalten Sie unter folgendem Link: [www.g-ba.de/beschluesse/4036/](http://www.g-ba.de/beschluesse/4036/).

**Bitte teilen Sie uns Änderungen ihrer Anschrift oder anderer Angaben rechtzeitig mit!**

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben.

Datum und Unterschrift



## Datenschutz Einverständnis

\_\_\_\_\_  
- Vertragspartner/in/Zahlungspflichtige/er- **Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen**

\_\_\_\_\_  
(Straße, Hausnummer)

\_\_\_\_\_  
(PLZ, Ort)

Betrifft: kieferorthopädische Behandlung von

\_\_\_\_\_, geb. \_\_\_\_\_  
(Patient/in)

Der Schutz Ihrer und Ihres Kindes personenbezogenen Daten ist uns wichtig. Nach der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) sind wir **verpflichtet**, Sie darüber zu informieren, zu welchem Zweck unsere Praxis Daten erhebt, speichert oder weiterleitet. Hier können Sie auch entnehmen, welche Rechte Sie in puncto Datenschutz haben.

### 1. VERANTWORTLICHKEIT FÜR DIE DATENVERARBEITUNG

Verantwortlich für die Datenverarbeitung ist:

Praxisname: Thomas Klick & Ada Thieme

Adresse: Breite Str. 37, 13597 Berlin

Kontaktdaten: 030 – 333 30 84 oder per mail [info@kfo-klick-thieme.de](mailto:info@kfo-klick-thieme.de)

Sie erreichen die zuständige Datenschutzbeauftragte unter:

Name: s. o.

Anschrift: s. o.

### 2. ZWECK DER DATENVERARBEITUNG

Die Datenverarbeitung erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben, um den Behandlungsvertrag zwischen Ihnen und Ihrem Arzt und die damit verbundenen Pflichten zu erfüllen.

Hierzu verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten, insbesondere Ihre Gesundheitsdaten. Dazu zählen Anamnesen, Diagnosen, Therapievorschlüsse und Befunde, die wir oder andere Ärzte erheben. Zu diesen Zwecken können uns auch andere Ärzte/Zahnärzte oder Physiotherapeuten, Logopäden etc., bei denen Sie in Behandlung sind, Daten zur Verfügung stellen (z.B. in Arztbriefen).

**Die Erhebung von Gesundheitsdaten ist Voraussetzung für Ihre bzw. für die Behandlung Ihres Kindes. Werden die notwendigen Informationen nicht bereitgestellt, kann eine sorgfältige Behandlung nicht erfolgen.**



### **3. EMPFÄNGER IHRER DATEN**

Wir übermitteln Ihre personenbezogenen Daten nur dann an Dritte, wenn dies gesetzlich erlaubt ist oder Sie eingewilligt haben.

Empfänger Ihrer personenbezogenen Daten können vor allem andere Ärzte/Zahnärzte, Physiotherapeuten, Logopäden, Kassenzahnärztliche Vereinigungen, Krankenkassen/ Private Krankenversicherungen, Zahnärztekammern sein.

Die Übermittlung (u.a. durch unser Softwareprogramm Z1-Pro oder per Fax) erfolgt überwiegend zum Zwecke der Abrechnung der bei Ihnen erbrachten Leistungen, zur Klärung von medizinischen und sich aus Ihrem Versicherungsverhältnis ergebenden Fragen. Im Einzelfall erfolgt die Übermittlung von Daten an weitere berechnigte Empfänger.

Auch können Ihre personenbezogenen Daten zu Zwecken der Qualitätssicherung herangezogen werden. Weitere Informationen zur Datenverarbeitung erhalten Sie unter folgendem Link:

[www.g-ba.de/beschluesse/4036/](http://www.g-ba.de/beschluesse/4036/).

### **4. DATENSICHERHEIT**

Wir setzen technische und organisatorische Sicherheitsmaßnahmen ein, um die verwalteten Daten gemäß dem aktuellen Stand der Technik gegen zufällige oder vorsätzliche Manipulationen, Verlust, Zerstörung oder gegen den Zugriff unberechtigter Personen zu schützen. Wir übernehmen jedoch keine Haftung für den Verlust von Daten oder deren Kenntnisnahme und Nutzung durch Unberechnigte.

### **5. SPEICHERUNG IHRER DATEN**

Wir bewahren Ihre personenbezogenen Daten nur solange auf, wie dies für die Durchführung der Behandlung erforderlich ist.

Aufgrund rechtlicher Vorgaben sind wir dazu verpflichtet, diese Daten mindestens 10 Jahre nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren. Nach anderen Vorschriften können sich längere Aufbewahrungsfristen ergeben.

### **6. IHRE RECHTE**

Sie haben das Recht, über die Sie betreffenden personenbezogenen Daten Auskunft zu erhalten. Auch können Sie die Berichtigung unrichtiger Daten verlangen.

Darüber hinaus steht Ihnen unter bestimmten Voraussetzungen das Recht auf Löschung von Daten, das Recht auf Einschränkung der Datenverarbeitung sowie das Recht auf Datenübertragbarkeit zu.

Die Verarbeitung Ihrer Daten erfolgt auf Basis von gesetzlichen Regelungen. Nur in Ausnahmefällen benötigen wir Ihr Einverständnis. In diesen Fällen haben Sie das Recht, die Einwilligung für die zukünftige Verarbeitung zu widerrufen.

Sie haben ferner das Recht, sich bei der zuständigen Aufsichtsbehörde für den Datenschutz zu beschweren, wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht rechtmäßig erfolgt.

### **7. RECHTLICHE GRUNDLAGEN**

Rechtsgrundlage für die Verarbeitung Ihrer Daten ist Artikel 9 Absatz 2 lit. h) DSGVO in Verbindung mit Paragraf 22 Absatz 1 Nr. 1 lit. b) Bundesdatenschutzgesetz. Sollten Sie Fragen haben, können Sie sich gern an uns wenden.

Datum \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

\_\_\_\_\_  
Unterschrift in Druckbuchstaben

Liebe Patienten, liebe Eltern,



als Serviceleistung unserer Praxis möchten wir Ihnen kostenlose Terminerinnerung von Doctolib per SMS und/ anbieten.

KLICK & THIEME  
kieferorthopädie

unsere  
oder E-Mail

Patientenname: \_\_\_\_\_

- Ich **möchte** den „Terminerinnerungsservice“ in Anspruch nehmen.  
- Widerruf jederzeit möglich – Art. 7 Abs. 3 DSGVO -

Wer soll die Erinnerung bekommen?

Patient     Mutter     Vater     sonstige: \_\_\_\_\_

Handynummer: \_\_\_\_\_

E-Mail-Adresse: \_\_\_\_\_

**Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen**

- Ich möchte den „Terminerinnerungsservice“ **nicht** in Anspruch nehmen.

Die Datenschutzhinweise von Doctolib habe ich zur Kenntnis genommen.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

## Datenschutzinformationen zu Doctolib

Für die optimale Terminverwaltung setzen wir das Terminmanagementsystem von Doctolib ein. Doctolib bietet uns einerseits ein modernes Kalendersystem und andererseits unseren Patienten die Möglichkeit, auf der Seite <https://www.doctolib.de/> mit uns Termine online zu vereinbaren. Die Doctolib GmbH (Mehringdamm 51, 10961 Berlin) wird für uns als Auftragsverarbeiter tätig.

Wir nutzen die Doctolib Kalendersoftware für alle unsere Patienten, um Termine einheitlich zu verwalten. Doctolib verarbeitet sämtliche Daten nach allen geltenden Datenschutzvorschriften und wendet höchste Sicherheitsstandards an. Für die Terminvereinbarung werden folgende Daten in den Doctolib Kalender eingetragen:

Name, Vorname, Geburtsdatum, Anschrift, Telefonnummer, E-Mail Adresse, Hausarzt, Krankenkassenstatus, überweisender Arzt, Besuchsgrund und Terminhistorie.

Ihre Daten werden für die Zwecke der Terminverwaltung erfasst, so wie es auch bisher bei uns der Fall war.

Rechtsgrundlage für die Verarbeitung Ihrer Daten sind Art. 6 I b) DSGVO (der Behandlungsauftrag, den Sie uns erteilen), Art. 6 I a) DSGVO (Einwilligung für Terminerinnerungen per SMS und E-Mail) und Art. 9 II h) DSGVO (die Zwecke der Gesundheitsvorsorge). Die Daten werden gleichlaufend zu den berufsrechtlichen Aufbewahrungspflichten für die Dauer von 10 Jahren gespeichert.

Es erfolgt keine Weiterleitung der Daten durch Doctolib an kommerzielle Anbieter. Doctolib ist genau wie Ihr Arzt an die Schweigepflicht gebunden. Eine Entbindung von der Schweigepflicht ist nicht erforderlich.

Um Terminausfälle zu vermindern, möchten wir Sie mit Ihrer Einwilligung mittels des Doctolib Kalendersystems per SMS und/oder E-Mail an Ihren Termin erinnern. Wenn Sie keine Erinnerungen mehr erhalten möchten, teilen Sie uns das jederzeit mit und wir stellen die Erinnerungen wieder aus.

### **Besonderheiten bei Nutzung der Online Buchung**

Für die Online-Terminbuchung ist ein Doctolib-Nutzerkonto notwendig, hierfür gelten die [Datenschutzhinweise von Doctolib](#).

Für die Anlegung eines Doctolib Nutzerkontos ist die Doctolib GmbH (Mehringdamm 51, 10961 Berlin), Ansprechpartner und Verantwortlicher für die Datenverarbeitung. Rechtsgrundlage hierfür ist Art. 6 Abs. 1, b.) der DSGVO und Art. 9 II h) DSGVO (die Zwecke der Gesundheitsvorsorge).