

## HERZLICH WILLKOMMEN IM ZAHNMEDIZINISCHEN VERSORGUNGSZENTRUM ZMK GMBH!

Bevor wir uns in Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine adäquate und risikofreie Behandlung. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Änderungen teilen Sie uns bitte umgehend mit. Vielen Dank!

### PERSÖNLICHE DATEN DES PATIENTEN

(FÜR RÖNTGENDOKUMENTATION)

Name, Vorname

Geburtsdatum

Geburtsort und Geburtsland

Mitglied/Versicherter, Geburtsdatum

Krankenkasse/Versicherung

Straße, Hausnr.

Postleitzahl, Ort

Telefon/Mobil

E-Mail-Adresse

Welche Zusatzversicherung haben Sie?

Welchen Beruf üben Sie aus?

Verfügen Sie über einen Pflegegrad?  Ja Wenn ja, welchen? \_\_\_\_\_  Nein

Ist ein gesetzlicher Betreuer für Sie zuständig?  Ja  Nein

**WICHTIG:** Wenn Sie eine der beiden Fragen mit "Ja" beantwortet haben, ist es erforderlich, das Formular "Einwilligung in eine zahnärztliche Einwilligung von Neupatienten" auszufüllen.

Übrigens: Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? Diese Information benötigen wir, um ggf. dem Empfehlenden bei vorliegender Erlaubnis eine Dankeskarte zu senden.

Anzeige in der/ im \_\_\_\_\_

Flyer zum Thema \_\_\_\_\_

Homepage

Social-Media-Kanäle

Persönliche Empfehlung von \_\_\_\_\_

### BESTELLPRAXIS: HINWEIS ZUR ORGANISATION

Da ZMK eine Bestellpraxis ist und ausschließlich Behandlungszeit für Sie reserviert wird, sind die Patienten und das Behandlungsteam darauf angewiesen, dass die vereinbarten Termine eingehalten werden. Natürlich gibt es immer Gründe, Termine zu verschieben oder ganz abzusagen. Jedoch ist es für eine gute, funktionierende Behandlung wichtig, eine gewisse Terminfolge einzuhalten. Da diese Tatsache ein hohes Maß an organisatorischem Aufwand mit sich bringt, behalten wir uns vor, für nicht spätestens 24 Std. zuvor abgesagte Termine ein Ausfallhonorar gemäß §615 BGB zu berechnen. Für die Bearbeitung der Versicherungsnachfragen und das Durchsetzen Ihres Leistungsanspruchs (Erstattungsanspruch) gegenüber der Krankenkasse werden alle Patientenrechnungen über die Health AG versandt und bearbeitet. Wussten Sie schon? Sie können Ihre Rechnung bei uns z.B. in bis zu zwölf kostenlosen Monatsraten ausgleichen. Darüber hinaus sind auch längere Laufzeiten von bis zu 72 Monatsraten möglich. Bei Fragen dazu wenden Sie sich an unser Praxis-Team.

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten/ ggf.

**DES GESETZLICHEN VERTRETERS des Patienten**

# GESUNDHEITSFRAGEBOGEN

ÄRZTLICHE BEHANDLUNG	Stehen Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung? Wenn ja, aufgrund welcher Erkrankung? _____	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
HAUSARZT/FACHARZT	_____ Name, Vorname, Ort		
MEDIKAMENTE	Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein? _____ Besitzen Sie einen Allergiepass? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Welche Allergien haben Sie? _____		
HERZERKRANKUNGEN	Herzschwäche (Insuffizienz)? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Unregelmäßiger Herzschlag (Arrhythmien)? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Herzasthma, Angina pectoris? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Herzschrittmacher, Herzklappenersatz? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
KREISLAUFERKRANKUNGEN	Zu hoher Blutdruck? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Zu niedriger Blutdruck? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Zustand nach Herzinfarkt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Nehmen Sie gerinnungshemmende Medikamente ein? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
STOFFWECHSEL- ERKRANKUNGEN	Nierenerkrankungen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Zuckerkrankheit (Diabetes)? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Magen-und Darmerkrankungen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Schilddrüsenerkrankungen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Osteoporose? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
RHEUMATOIDE ERKRANKUNGEN	Rheuma? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Arthritis? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Arthrose? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
VEGETATIVE ERKRANKUNGEN	Ohnmachtsanfälle? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
ERKRANKUNGEN DES NERVENSYSTEMS	Epileptiforme Anfälle? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Krämpfe? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
BLUTERKRANKUNGEN	Blutungsneigung (Hämophilie)? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Blutarmut (Anämie)? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
INFEKTIONSERKRANKUN- GEN	MRSA? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Leberentzündung/Gelbsucht (Hepatitis A/B/C)? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Chronische Erkrankungen der Atemwege, Husten etc.? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Wurde bei Ihnen ein HIV-Test durchgeführt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Wenn ja, mit welchem Ergebnis? <input type="checkbox"/> Pos <input type="checkbox"/> Neg		
WEITERE ANGABEN	Rauchen Sie? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Sind Sie drogen- oder alkoholabhängig? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Nehmen Sie Aufputzmittel? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Nehmen Sie Beruhigungsmittel? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Schnarchen Sie? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Schnarcht jemand in Ihrer Familie? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
RÖNTGEN	Wurden Sie im letzten Jahr im Kopf-Kiefer-Zahnbereich geröntgt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Wenn ja, wo? _____ Unsere modernen Geräte gewährleisten eine möglichst geringe Strahlendosis.		
SCHWANGERSCHAFT	Wenn ja, in welchem Monat? _____ Mit ZMK Ernährung bieten wir Ihnen eine individuelle Beratung für die gesunde Ernährung mit einem speziellen Fokus auf der Förderung und Erhaltung Ihrer Zahngesundheit. Dies betrifft besonders Parodontitis- und Zahnimplantatpatienten. Wünschen Sie hierzu kostenlos und unverbindlich weitere Informationen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <b>Dürfen wir, wenn Sie sich für eine Ernährungsberatung entscheiden, die Daten des Gesundheitsfragebogens an unsere Ernährungsberaterin weitergeben?</b> <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten/ ggf.  
**DES GESETZLICHEN VERTRETERS des Patienten**

## LIEBE PATIENTINNEN UND PATIENTEN,

die Rechtssprechung stellt in den letzten Jahren immer höhere Anforderungen an die Aufklärungspflicht des Zahnarztes. So muss heute auch über sehr seltene Risiken schriftlich aufgeklärt werden, nicht nur über Risiken chirurgischer Eingriffe.

Das Auftreten folgender Risiken ist sehr selten und kommt nur in unter 1% der Behandlungsfälle vor.

Bei der Lokalanästhesie kann es zu Herz-, Kreislaufproblemen oder allergischen Reaktionen kommen. Deshalb fragen wir nach eventuellen Vorerkrankungen. Aber auch Nervenschädigungen und Gefäßverletzungen sind möglich. So kann schlimmstenfalls ein dauerhaftes Taubheitsgefühl in Teilen der Zunge und oder im Unterkiefer bis zur Lippe auftreten. Außerdem kann durch Lokalanästhetika, wie bei allen anderen Schmerzmitteln auch, die Reaktionszeit verlängert werden, was eine Gefahr für die Teilnahme am Straßenverkehr bedeutet.

Wenn eine Wurzelkanalbehandlung notwendig wird, müssen die Wurzelkanäle von innen gereinigt werden. Dies geschieht mit sehr dünnen Nadeln und Bohrern, die an der Spitze nur 0,08 bis 0,3 mm dick sind. Obwohl wir die besten Produkte, die sich auf dem Markt befinden, verwenden, kann es zum Bruch der Instrumentenspitzen kommen. Ein solcher Instrumentenbruch kann die Resektion der Wurzelspitze oder auch die Entfernung des Zahnes erforderlich machen.

Meistens aber bleibt er ohne Konsequenzen. Auch ist die Irritation und Gewebszerstörung durch übertretende Desinfektionslösungen um die Wurzelspitze herum im Bereich des Knochens sehr selten, aber möglich. Der Schaden und die auftretende Schwellung ist allerdings immer reversibel. Der Erhalt des Zahnes kann bei einer Wurzelkanalbehandlung nicht garantiert werden; es ist immer der letzte Versuch, einen schon stark geschädigten Zahn zu retten.

Da wir oft sehr kleine Instrumente in Ihrer Mundhöhle verwenden und der Speichel unsere Handschuhe oft rutschig macht, ist es möglich, dass uns ein Instrument aus den Fingern gleitet. Dieses können Sie verschlucken oder einatmen, was die Entfernung durch einen ärztlichen Kollegen notwendig machen kann. Wenn Sie unter Herpes leiden, sollten Sie vor einer zahnärztlichen Behandlung mit Zovirax oder ähnlichem 1 - 2 Tage zuvor die Lippen pflegen.

Bei jedem chirurgischen Eingriff können Komplikationen auftreten. Hierbei kann es sich um Schmerzen, Schwellungen, Nachblutungen, Knochenfrakturen oder auch Nervenschädigungen handeln. Wir arbeiten natürlich mit allergrößter Sorgfalt und nutzen alle technischen Möglichkeiten und Hilfsmittel, trotzdem lassen sich solche Probleme nicht zu 100% ausschließen.

---

Ich bin hinsichtlich der möglichen Risiken ausreichend aufgeklärt worden.

Die Inhalte habe ich verstanden.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift des Patienten/ ggf.

**DES GESETZLICHEN VERTRETERS des Patienten**

## EINWILLIGUNG IN DIE VERARBEITUNG PERSONENBEZOGENER DATEN

### SEHR GEEHRTE PATIENTIN, SEHR GEEHRTER PATIENT,

in unserer Praxis werden aus organisatorischen Gründen personenbezogene Daten verarbeitet. Für diese Verarbeitung ist Ihrerseits eine Einwilligung erforderlich. Diese Verarbeitungen sind im Einzelnen unten aufgeführt und in einer Zahnarztpraxis durchaus üblich. Wir möchten Sie bitten, durch Ihre Unterschrift zu bestätigen, dass bzw. mit welchen Verarbeitungen Sie einverstanden sind. Ihre Behandlung ist hiervon selbstverständlich nicht abhängig.

Recall-Service	Dürfen wir Sie in Zukunft kontaktieren, um Sie an Ihre anstehende Vorsorgeuntersuchung/Professionelle Zahnreinigung zu erinnern? Wenn ja, auf welchem Wege dürfen wir Kontakt zu Ihnen aufnehmen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> per SMS <input type="checkbox"/> per Brief <input type="checkbox"/> per E-Mail
Terminerinnerung per SMS	Dürfen wir Ihnen Terminerinnerungen per SMS schicken?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Fotografien für Ihre Patientenakte	Dürfen wir von Ihnen ein Foto für Ihre Patientenakte aufnehmen? Dieses verwenden wir ausschließlich, falls erforderlich, zur Wiedererkennung z.B. bei Telefongesprächen. Das Foto wird nicht an Dritte weitergegeben und nur in unserer Abrechnungssoftware gespeichert. Auf diese haben lediglich wir und die uns betreuende IT-Firma Zugriff.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Kontaktaufnahme mit dem Hausarzt/Facharzt/der Krankenkasse/Versicherung	Wünschen Sie, dass wir, im Falle, dass Fragen auftreten, Ihren Hausarzt und/oder Facharzt kontaktieren und konkrete medizinische Auskünfte einholen, falls dies erforderlich ist? Dies kann dann nötig werden, wenn z.B. Vorerkrankungen oder Medikation Ihre Behandlung beeinflussen können. Hierbei handelt es sich ausschließlich um Informationen, die ggf. notwendig sind für die aktuelle zahnärztliche Behandlung. Wenn Sie Ja ankreuzen, entbinden Sie uns gegenüber Ihrem Hausarzt/ Facharzt zu oben genanntem Zweck von der ärztlichen Schweigepflicht. Dürfen wir, im Falle, dass Fragen auftreten, Ihre Krankenkasse/ Versicherung kontaktieren, falls dies erforderlich ist? Wenn Sie Ja ankreuzen, entbinden Sie uns gegenüber Ihrer Krankenkasse/ Versicherung zu obigem Zweck von der ärztlichen Schweigepflicht.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Geburtstags-/ Dankes-/ Weihnachtskarten	Dürfen wir Ihnen Geburtstags-, Dankes- und Weihnachtskarten zusenden?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Ich bin darüber informiert, dass ich die Zustimmung jederzeit schriftlich - mit Wirkung für die Zukunft - widerrufen kann. Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich ausreichend über die jeweils beabsichtigten Verarbeitungen informiert bin und freiwillig mein Einverständnis in die Verarbeitungen erkläre, sofern ich diese oben nicht insgesamt oder einzeln durchgestrichen habe.

Name, Vorname **DES PATIENTEN**

Geburtsdatum, Geburtsort

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten/ggf.  
**DES GESETZLICHEN VERTRETERS DES PATIENTEN**

Zahnmedizinisches Versorgungszentrum ZMK GmbH

Sitz der Gesellschaft: Wilhelmshöher Allee 305, 34131 Kassel · Geschäftsführer: Dr. Götz-Ruprecht von Schön-Angerer  
Registergericht: Amtsgericht Kassel · Registernummer: HRB 17594

Bankverbindungen: Deutsche Apotheker- & Ärztebank · IBAN: DE42 3006 0601 0004 5201 84 · BIC: DAAEDEDXXX  
Commerzbank AG Kassel · IBAN: DE05 5204 0021 0268 3399 00 · BIC: COBADEFFXXX

ZMK Bad Wilhelmshöhe · Wilhelmshöher Allee 305 · 34131 Kassel · T 0561-93 75 90 · F 0561-93 75 922

ZMK Sandershausen · Hannoversche Straße 19 · 34266 Niestetal · T 0561-52 45 80 · F 0561-95 28 282

ZMK Kirchditmold · Harleshäuser Straße 23a · 34130 Kassel · T 0561 – 67 887

ZMK Labor · Wilhelmshöher Allee 311 · 34131 Kassel · Tel. 0561-93 75 915 · Fax 0561-93 75 916

E-Mail: info@zmk-kassel.com · Webseite: www.zmk-kassel.com · www.feste-zähne-sofort.jetzt

## AUSKUNFT, BERICHTIGUNG, SPERRUNG, LÖSCHUNG PERSONENBEZOGENER DATEN: IHRE RECHTE

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 ist:

Zahnmedizinisches Versorgungszentrum ZMK GmbH  
Geschäftsführer: Dr. Götz-Ruprecht von Schön-Angerer  
Sitz der Gesellschaft: Wilhelmshöher Allee 305, 34131 Kassel  
Registergericht: Amtsgericht Kassel  
Registernummer: HRB 17594  
Telefon: 0561-937590 Fax: 0561-9375922 E-Mail: info@zmk-kassel.com

Wir haben für unser Unternehmen einen Datenschutzbeauftragten bestellt.

deDATA GmbH & Co. KG  
Ron Wieland  
Habichtswalderstr. 18  
34119 Kassel  
Telefon: 0561-3168589  
E-Mail: wieland@dedata.de

Die bei uns über Sie gespeicherten personenbezogenen Daten werden im Einzelfall nur dann weitergegeben, wenn wir gesetzlich dazu verpflichtet sind (z.B. an gesetzliche Krankenversicherung, von der Krankenkasse bestimmte externe Gutachter zur Überprüfung des Behandlungsplans, gesetzliche Unfallversicherung, Medizinischer Dienst der Krankenkassen), die Weitergabe zur Erfüllung des Behandlungsvertrages erforderlich ist oder Sie in die Weitergabe eingewilligt haben. Die Weitergabe erfolgt nur in dem notwendigen oder von Ihnen bewilligten Umfang.

Um Ihre Behandlung durchführen zu können, ist es in einigen Fällen, z.B. in der Kieferorthopädie, erforderlich, dass wir notwendige Daten an externe Dienstleister/Labore zur Weiterverarbeitung übermitteln (Name, Vorname, ...). Dies müssen wir, da nur so eine korrekte planmäßige Anfertigung, Zuordnung und Abrechnung erfolgen kann.

Während Ihrer Behandlung kann es erforderlich sein, dass wir mit Ihrem Hausarzt/Facharzt oder mit Ihrer Krankenkasse/Versicherung Rücksprache halten müssen. Wenn Sie uns hierfür Ihr Einverständnis gegeben haben, entbinden Sie uns zu diesem Zweck von der ärztlichen Schweigepflicht. Auch bei der Herausgabe personenbezogener Unterlagen kann eine schriftliche Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht erforderlich sein, z.B. wenn Sie eine andere Person mit der Abholung beauftragen.

Zum Zwecke der Organisationsentwicklung und zur Verbesserung des Qualitätsmanagements setzen wir zudem externe Dienstleister ein. Zu ihrer Aufgabenerfüllung kann es erforderlich sein, dass auch diese in personenbezogene Daten Einsicht nehmen müssen.

Die gespeicherten Daten werden gelöscht, sobald sie für den Zweck der Verarbeitung nicht mehr erforderlich sind. Des Weiteren haben wir gesetzliche Aufbewahrungspflichten zu erfüllen, die uns dazu verpflichten Gesundheitsdaten (Patientenakte) aufzubewahren (§ 630f Abs. 3 BGB, § 28 Abs. 3 RöV).

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
- Recht auf Widerspruch gegen die Verarbeitung

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). Ihnen steht weiterhin ein Beschwerderecht beim Landesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit in Hessen zu.

Ihr Zahnmedizinisches Versorgungszentrum ZMK GmbH