

**Praxis  
Stefan Koller  
Zahnarzt**

Hüttenstr. 2 87600 Kaufbeuren-Neugablonz \* Telefon 08341/62393  
e-mail: zahnarztpraxis-koller@t-online.de

**HERZLICH WILLKOMMEN IN UNSERER PRAXIS**

Bevor wir uns mit Ihnen über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Angaben über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine adäquate und risikoarme Behandlung. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

**Patientendaten**

Name des Patienten: \_\_\_\_\_

geb. am: \_\_\_\_\_

Geburtsort: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Name der Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Bitte bei einer gesetzlichen Kasse angeben:

Privat zahnärztlich Zusatzversichert? **ja** [  ] **nein** [  ]

Liegt ein Pflegegrad vor? \_\_\_\_\_

Bitte bei einer Privatversicherung angeben:

Beihilfeberechtigt? **ja** [  ] **nein** [  ]

Telefon: \_\_\_\_\_

Fax: \_\_\_\_\_

Mobil: \_\_\_\_\_

Telefon Büro: \_\_\_\_\_

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

Beruf: \_\_\_\_\_

**Versichertendaten (sofern sie von den Patientendaten abweichen)**

Rechnung an Patienten oder Versicherten? \_\_\_\_\_

Versicherter: \_\_\_\_\_

geb. am: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Praxis**  
**Stefan Koller**  
**Zahnarzt**

Hüttenstr. 2 87600 Kaufbeuren-Neugablonz \* Telefon 08341/62393  
e-mail: zahnarztpraxis-koller@t-online.de

**Patient:** \_\_\_\_\_

Seite 1

**HERZLICH WILLKOMMEN IN UNSERER PRAXIS**

Bevor wir uns mit Ihnen über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Angaben über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine adäquate und risikoarme Behandlung. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

**Grund Ihres Besuchs**

Kontrolluntersuchung	ja [ ]	nein [ ]
Zahnschmerzen	ja [ ]	nein [ ]
Zahnfleischbluten	ja [ ]	nein [ ]
Migräne / Kopf- / Nackenschmerzen	ja [ ]	nein [ ]
Kiefergelenkbeschwerden	ja [ ]	nein [ ]
Sonstiges		

---

**Ihr persönlicher Gesundheitscheck**

Herzerkrankung	ja [ ]	nein [ ]
Herzschrittmacher / Künstl. Herzklappen	ja [ ]	nein [ ]
Hoher Blutdruck	ja [ ]	nein [ ]
Niedriger Blutdruck	ja [ ]	nein [ ]
Ohnmachtsneigung	ja [ ]	nein [ ]
Marcumar / Gerinnungshemmer	ja [ ]	nein [ ]
Blutungsneigung / Bluterkrankung	ja [ ]	nein [ ]
Rheuma	ja [ ]	nein [ ]
Diabetes	ja [ ]	nein [ ]
Schilddrüsenerkrankung	ja [ ]	nein [ ]
Lebererkrankung (Hepatitis)	ja [ ]	nein [ ]
Magen- / Darmerkrankung	ja [ ]	nein [ ]
Nierenerkrankung	ja [ ]	nein [ ]
Lungenerkrankung / Asthma	ja [ ]	nein [ ]
Nasen- / Nebenhöhlenerkrankungen	ja [ ]	nein [ ]
Epilepsie	ja [ ]	nein [ ]
Haben Sie eine sonstige schwere Erkrankung?	ja [ ]	nein [ ]

Wenn ja, welche?

---

---

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein ? ja [ ] nein [ ]

---

---

---

Haben Sie Allergien ? ja [ ] nein [ ]

**Praxis  
Stefan Koller  
Zahnarzt**

Hüttenstr. 2 87600 Kaufbeuren-Neugablonz \* Telefon 08341/62393  
e-mail: zahnarztpraxis-koller@t-online.de

**Patient:** \_\_\_\_\_

Seite 2

**Ihr persönlicher Gesundheitscheck**

Wenn ja, welche ?

Reagieren Sie bei bestimmten Medikamenten empfindlich? ja [ ] nein [ ]

Wenn ja, bei welchen?

Für unsere weiblichen Patienten: Sind Sie schwanger? ja [ ] nein [ ]

Wenn ja, in welchem Monat?

Sind Sie Raucher? ja [ ] nein [ ]

Wenn ja, wieviele Zigaretten täglich?

**Sie sind uns wichtig**

Angst vor zahnmedizinischen Eingriffen ja [ ] nein [ ]

Starke Schmerzempfindlichkeit ja [ ] nein [ ]

Wann wurden sie zuletzt geröntgt

**Beratungswunsch**

Professionelle Zahnreinigung ja [ ] nein [ ]

Amalgamsanierung ja [ ] nein [ ]

Implantate / Implantatversorgung ja [ ] nein [ ]

**Nehmen Sie, oder haben Sie eines dieser Medikamente eingenommen?**

Didronel, Diphos ja [ ] nein [ ]

Skelid ja [ ] nein [ ]

Fosamax, Fosavance, Tevanate, Tevabone ja [ ] nein [ ]

Actonel ja [ ] nein [ ]

Bondronat, Bonvia, Destara ja [ ] nein [ ]

Aclasta, Zometa ja [ ] nein [ ]

Bonefos, Ostac ja [ ] nein [ ]

Termine, die ich nicht einhalten kann, werde ich spätestens 24 Stunden vorher absagen, da ansonsten die durch mein Fernbleiben entstandenen Kosten von 35 € je halbe Stunde in Rechnung gestellt werden können.

Datum Unterschrift \_\_\_\_\_

## Zahnarztpraxis

Stefan Koller

Hüttenstr. 2, 87600 Kaufbeuren, Tel: 08341-62393, Fax: 08341-69682

e-mail:zahnarztpraxis-koller@t-online.de

<https://koller-zahnarztpraxis.de>

### PATIENTENINFORMATION ZUM DATENSCHUTZ

#### Informationen zu der ab 25.05.2018 geltenden Datenschutzgrundverordnung:

Die Datenschutzgrundverordnung (DSVGO) ist ab dem 25.05.2018 in der gesamten europäischen Union wirksam und sorgt dann für eine einheitliche Regelung zum Schutz von personenbezogenen Daten.

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

der Schutz Ihrer 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. Der Information können Sie auch entnehmen, welche Rechte Sie in puncto Datenschutz haben.

#### 1. VERANTWORTLICHKEIT FÜR DIE DATENVERARBEITUNG

Verantwortlich für die Datenverarbeitung ist:

Praxisinhaber	Stefan Koller
Rechtsform der Praxis	Zahnarztpraxis
Praxisadresse	Hüttenstr.2, 87600 Kaufbeuren
Telefon	08341-62393
Telefax	08341-69682
E-Mail	zahnarztpraxis-koller@t-online.de

Sie erreichen den / die zuständige(n) Datenschutzbeauftragte unter:

Name	Dr.Alexander Merz
------	-------------------

Adresse	Hüttenstr. 2, 87600 Kaufbeuren
Telefon	08341-62393
Telefax	08341-69682
E-Mail	zahnarztpraxis-koller@t-online.de
Internet bei externem DSB	

## **2. ZWECK DER DATENVERARBEITUNG**

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

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

Die Erhebung von Gesundheitsdaten ist Voraussetzung für Ihre Behandlung. 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 und/oder Sie eingewilligt haben.

Empfänger Ihrer personenbezogenen Daten können vor allem andere Ärzte/Zahnärzte, Kassenärztliche und -zahnärztliche Vereinigungen, Krankenkassen, der Medizinische Dienst der Krankenversicherung, Zahnärztekammern und privatärztliche Verrechnungsstellen sein.

Die Übermittlung erfolgt 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 berechtigte Empfänger.

## **4. 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, zum Beispiel 30 Jahre bei Röntgenaufzeichnungen laut Paragraf 28 Absatz 3 der

Röntgenverordnung.

## 5. 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.

Die Anschrift der für uns zuständigen Aufsichtsbehörde lautet:

Prof. Dr. Thomas Petri

Postfach 22 12 19,

80502 München

Tel: 089 212672-0

Fax: 089 212672-50

Mailen [poststelle@datenschutz-bayern.de](mailto:poststelle@datenschutz-bayern.de)

## 6. RECHTLICHE GRUNDLAGEN

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

Ihr Praxisteam

**Hinweis: Zusätzliche Informationen zum Thema Datenschutz und der Datenschutzgrundverordnung entnehmen Sie bitte unserer Homepage.**

---