

**Bitte helfen Sie uns und füllen den Anmeldebogen aus:**

Patient*in: Nachname	Vorname	Geburtsdatum
Familienversichert durch: Nachname	Vorname	Geburtsdatum
Straße, Nr.	Telefon	
PLZ, Ort	E-Mail	
Krankenkasse	Privater Versicherungsträger (Basis? Standard?)	
Überweisender Zahnarzt*in, Arzt*in		
Beruf	Arbeitgeber*in	

Bei KVB I-III, Basis Tarif, Postbeamt\*in A und B sowie einigen Privatkassen und Beihilfestellen werden nicht in jedem Fall alle Leistungen durch den Kostenträger übernommen.

**Im Interesse einer komplikationslosen Behandlung bitten wir um folgende Angaben:**

Bitte ankreuzen

	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 für den Knochenaufbau (insbesondere Bisphosphonate) ein?		
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, wie viel?		
Haben Sie Herzerkrankungen?		
Haben Sie eine Zuckerkrankheit?		
Haben Sie Blutungsneigungen/Gerinnungsstörungen?		
Haben Sie Atembeschwerden?		
Haben Sie Leber- oder Nierenerkrankungen?		
Haben Sie sonstige Erkrankungen?		
Bei einigen operativen Eingriffen ist eine Kontrolle des Operationserfolges nach 3–6 Monaten erforderlich. Wünschen Sie eine schriftliche Erinnerung an diesen Kontrolltermin?		

Ort, Datum

Unterschrift Patient\*in / erziehungsberechtigte Person

## Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter 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, ein 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 Zwecke 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 jederzeit berechtigt bin, Auskunft über die zu meiner Person gespeicherten Daten zu verlangen.
- ich jederzeit berechtigt bin, die Berichtigung, Löschung oder Sperrung einzelner personenbezogener Daten zu verlangen.
- ich jederzeit berechtigt bin, mit Wirkung für die Zukunft diese Einwilligungserklärung zu widerrufen.

Im Falle des Widerrufs ist dieser zu richten an: mkg Bremen; E. Schulz, Dr. A. Samiotis M.Sc., Dr. Dr. M. Schöllchen; Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgen und Zahnärzte in Partnerschaft (MVZ); 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.