

Anamnesebogen

Liebe Patientinnen, lieber Patient!

Wir freuen uns sehr, Sie in unserer Praxis begrüßen zu dürfen. Bitte füllen Sie diesen Bogen sorgfältig aus. Allgemeine Erkrankungen können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der zahnärztlichen Schweigepflicht und werden streng vertraulich behandelt.

Dr. Marilyn Hiller und Team.

Persönliches

.....
Name, Vorname

.....
Geburtsdatum, Geburtsort

.....
Straße

.....
PLZ, Ort

.....
Telefon

.....
E-Mail

Versicherung

.....
Krankenkasse

☐ Gesetzlich versichert

☐ Privat versichert

☐ Zusatzversicherung

☐ Basistarif

☐ Beihilfeberechtigt

Sind Patient und Mitglied der Versicherung nicht identisch, ergänzen Sie bitte die Daten des Versicherungsnehmers:

.....
Name, Vorname

.....
Geburtsdatum, Geburtsort

.....
Straße

.....
PLZ, Ort

Weitere administrativ wichtige Informationen

Besitzen Sie ein vollständig geführtes **Bonusheft**? (Eintragungen der letzten 5 Jahre)

JA NEIN

☐ ☐

Haben Sie einen **Pflegegrad**? Wenn ja, benötigen wir bitte einen Nachweis.

☐ ☐

Dürfen wir Sie **jährlich** an Ihre **Vorsorgeuntersuchung** erinnern?

☐ ☐

Allgemeine Gesundheitssituation

Wer ist Ihr Hausarzt?

Wann wurden Sie zuletzt im Kopfbereich geröntgt?

.....

.....

Kreislauf

- ☐ Bluthochdruck
- ☐ niedriger Blutdruck
- ☐ Schlaganfall
- ☐ Angina pectoris
- ☐ Durchblutungsstörungen
- ☐ _____

Herz

- ☐ Blutgerinnungsstörung
- ☐ Schrittmacher
- ☐ Zustand nach Infarkt
- ☐ Herzinsuffizienz
- ☐ Muskelentzündung
- ☐ Verengung der Herzkranzgefäße
- ☐ Rhythmusstörungen
- ☐ Bypassoperation
- ☐ Herzklappenersatz
- ☐ Herzmuskelschwäche
- ☐ _____

Erkrankung des blutbildenden Systems

- ☐ Blutarmut
- ☐ Bluter
- ☐ _____

Augen

- ☐ Grauer Star
- ☐ Grüner Star
- ☐ _____

Atmungswege / Lunge

- ☐ Asthma
- ☐ Bronchitis
- ☐ _____

Magen-Darm-Trakt

- ☐ Magenerkrankung
- ☐ Darmerkrankung
- ☐ _____

Blase-Nieren

- ☐ Blasenerkrankung
- ☐ Nierenerkrankung
- ☐ Dialyse
- ☐ _____

Leber

- ☐ Gelbsucht
- ☐ Hepatitis
- ☐ _____

Bewegungsapparat

- ☐ Rheuma
- ☐ rheumatoide Arthritis
- ☐ Gicht
- ☐ _____

Zentrales Nervensystem

- ☐ epileptische Anfälle
- ☐ _____

Vegetatives Nervensystem

- ☐ Kopfschmerzen
- ☐ Migräne
- ☐ _____

Stoffwechsel

- ☐ Diabetes
- ☐ Schilddrüsenüberfunktion
- ☐ Schilddrüsenunterfunktion
- ☐ _____

Leiden oder litten Sie an folgenden Erkrankungen?

- ☐ HIV bzw. AIDS, Tuberkulose
- ☐ Haut und/oder Geschlechtskrankheiten
- ☐ Tumorerkrankungen (Bestrahlung, Chemotherapie)
- ☐ Osteoporose
- ☐ Röteln, Mumps, Masern, Scharlach

Mundgesundheitsituation

	JA	NEIN
Haben Sie eine andere, hier nicht aufgeführte Erkrankung?	☐	☐
Wenn ja, welche? _____		
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?	☐	☐
Wenn ja, welche? _____		
Sind Sie mit der Stellung, Farbe u. Form Ihrer Zähne zufrieden?	☐	☐
Knirschen oder Pressen Sie mit den Zähnen?	☐	☐
Haben Sie Kopfschmerzen oder Nackenprobleme?	☐	☐
Haben Sie Zahnfleischprobleme? Blutungen beim Zähneputzen? Zahnfleischrückgang?	☐	☐
Leiden Sie unter Mundgeruch oder schlechtem Geschmack im Mund?	☐	☐
Wurden Ihre Zähne bisher regelmäßig professionell gereinigt (PZR, Prophylaxe)?	☐	☐
Traten oder treten Nebenwirkungen nach zahnärztlichen Spritzen auf?	☐	☐
Wenn ja, welche? _____		



ZAHNARZTPRAXIS

Dr. Marilyn Hiller

JA NEIN

Bluten Sie lange, wenn Sie sich schneiden, oder bekommen Sie leicht blaue Flecken?

☐☐

Hat sich in letzter Zeit Ihr Gewicht stark verringert?

☐☐

Nehmen Sie regelmäßig Alkohol oder Drogen zu sich?

☐☐

Wenn ja, welche? _____

Sind Sie allergisch gegen bestimmte Medikamente oder andere Stoffe?

☐☐

Wenn ja, welche? _____

Traten bei einer früheren zahnärztlichen Behandlung Komplikationen auf?

☐☐

Wenn ja, welche? _____

Sind Sie z. Zt. schwanger?

☐☐

Wenn ja, welche? _____

Rauchen Sie?

☐☐

Wenn ja, welche? _____

Haben Sie noch Fragen oder ein besonderes Anliegen?

.....
.....

Bitte bestätigen Sie mit Ihrer Unterschrift die Richtigkeit Ihrer Gesundheitsangaben. Sollte sich an den von Ihnen gemachten Angaben etwas ändern, teilen Sie uns dies bitte unaufgefordert mit. Vielen Dank.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift

Datenschutzerklärung

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

im Rahmen Ihrer Behandlung müssen wir Daten zu Ihrer Person, Ihrem Versicherungsstatus und zu Ihrem Gesundheitszustand erheben. Selbstverständlich werden diese Informationen durch unsere Praxis mit der größtmöglichen Sorgfalt verwaltet. Um Ihnen einen Überblick über die zu Ihnen geführten Daten und den Datenschutz der Praxis zu geben, anbei die folgenden Informationen.

1. Wer ist in unserer Praxis für den Datenschutz verantwortlich?

In unserer Praxis ist für den Datenschutz verantwortlich und steht Ihnen bei Fragen zur Verfügung:

Praxisinhaber	Dr. Marilyn Hiller
Praxisadresse	Hohe Straße 6, 08626 Adorf / Vogtland
Telefon	037423 2523
Telefax	037423 50888
E-Mail	kontakt@zahnarztpraxis-hiller.de

2. Welche personenbezogenen Daten erheben wir?

Wir erheben, speichern, nutzen, übermitteln oder löschen folgende personenbezogene Daten:

- Interessenten und Patienten unserer Praxis, die natürliche Personen sind
- Alle anderen natürlichen Personen, die in Kontakt mit unserer Praxis stehen (z. B. Bevollmächtigte von Patienten, Erziehungsberechtigte von Patienten, Mitarbeiter juristischer Personen).

Personenbezogene Daten von Ihnen werden von uns erhoben, wenn Sie mit uns z. B. per E-Mail oder Telefon in Kontakt treten und einen Behandlungstermin ausmachen wollen. Erscheinen Sie zur Behandlung in unserer Praxis, werden von uns Daten zu Ihrem Versicherungsstatus sowie zum Gesundheitszustand und der durchgeführten Therapie erhoben. Dabei handelt es sich um besonders sensible Daten. Des Weiteren werden Daten zur Abrechnung der erbrachten Leistungen verarbeitet.

Folgende persönliche Daten verarbeiten wir:

- Persönliche Angaben (z. B. Vor- und Nachnamen, Adresse, Geburtsdatum und -ort, E-Mail-Adresse, Telefonnummer, Versicherungsstatus);
- Gesundheitsdaten (Anamnese, Befunde, Therapie)

Angaben zu Kindern erheben wir nur dann, wenn diese durch die Erziehungsberechtigten in unserer Praxis als Patient vorgestellt werden.

3. Wer erhält ggf. Ihre personenbezogenen Daten übermittelt?

Im Falle der Abrechnung Ihrer Behandlung erhält Ihre gesetzliche Krankenkasse und die zuständige Kassenzahnärztliche Vereinigung Sachsen nach § 294 ff. SGB V die erforderlichen Behandlungsdaten. Sind Sie privat versichert, erhält Ihre Privatkasse nur dann Daten, wenn Sie uns ausdrücklich dazu auffordern, Ihre Daten an die Kasse zu übermitteln. Aufgrund gesetzlicher Pflichten ist der Zahnarzt verpflichtet, notwendige Daten

- z. B. Röntgenbilder zur Prüfung durch die zuständige Behörde an die Zahnärztliche Stelle Röntgen gemäß § 28 der Röntgenverordnung,
- im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfung an die Gemeinsame Prüfungsstelle der Zahnärzte und Krankenkassen für den Freistaat Sachsen nach § 106 SGB V,



- an den medizinischen Dienst der Krankenkassen nach §§ 275, 276 SGB V und
 - im Antrags- bzw. Genehmigungsverfahren für vertragszahnärztliche Leistungen sowie das Gutachterwesen zwischen der KZBV und dem GKV-Spitzenverband nach § 4 BMV-Z
- zu übersenden.

4. Welchem Zweck dienen Ihre Daten und mit welcher Rechtfertigung dürfen wir diese nutzen?

Wollen Sie per E-Mail oder über unser Kontaktformular einen Behandlungstermin vereinbaren oder eine Frage an uns richten, werden die von Ihnen mitgeteilten Daten (Ihre E-Mail-Adresse, ggf. Ihr Name und Ihre Telefonnummer) von uns gespeichert, um Ihnen einen Behandlungstermin zuweisen oder die Anfrage beantworten zu können. Die in diesem Zusammenhang anfallenden Daten löschen wir, nachdem die Speicherung nicht mehr erforderlich ist, oder schränken die Verarbeitung ein, falls gesetzliche Aufbewahrungspflichten bestehen (Rechtsgrundlage ist Art. 6 Abs. 1 S. 1 lit. b DSGVO).

Um Sie im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung bzw. eines privat Zahnärztlichen Behandlungsverhältnisses zu behandeln und diese Leistungen gegenüber der Kassenzahnärztlichen Vereinigung bzw. Ihnen als Privatpatienten abrechnen zu können, müssen wir Ihre persönlichen Daten und Gesundheitsdaten verarbeiten. Rechtsgrundlage dieser Datenverarbeitung ist damit die Verarbeitung von Daten für den Zweck der Erfüllung praxiseigener Behandlungsverträge bzw. zur Durchführung vorvertraglicher Maßnahmen für diese Behandlungsverträge (Art. 6 Abs. 1 lit. b DSGVO), die Wahrnehmung gesetzlicher Dokumentationsverpflichtungen (Art. 6 Abs. 1 lit. c DSGVO) und im Rahmen der Forderungsdurchsetzung (Art. 6 Abs. 1 lit. f DSGVO).

Ihre im Zusammenhang mit dem Behandlungsverhältnis verarbeiteten Daten speichern wir gemäß der gesetzlichen Vorgaben aus dem Patientenrechtegesetz (BGB) und der Berufsordnung sowie der Abgabenordnung (Steuer) für mindestens 10 Jahre. Das Erhalten von Beweismitteln für rechtliche Auseinandersetzungen im Rahmen der gesetzlichen Verjährungsvorschriften kann aufgrund der zivilrechtlichen Verjährungsfristen von bis zu 30 Jahren, wobei die regelmäßige Verjährungsfrist drei Jahre beträgt, eine über 10 Jahre hinausgehende Aufbewahrung nach sich ziehen.

5. Welche Rechte haben Sie im Zusammenhang mit dem Datenschutz?

Sie haben gegenüber uns folgende Rechte hinsichtlich der Sie betreffenden personenbezogenen Daten:

- Recht auf Auskunft,
- Recht auf Berichtigung,
- Recht auf Löschung (gilt nicht bei Erfüllung einer rechtlichen Verpflichtung),
- Recht auf Einschränkung der Verarbeitung,
- Recht auf Widerspruch gegen die Verarbeitung,
- Recht auf Datenübertragbarkeit, wenn die Verarbeitung auf einer Einwilligung und mithilfe eines automatisierten Verfahrens erfolgt.

6. Wie können Sie sich ggf. beschweren?

Sie haben die Möglichkeit, sich über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten durch uns zu beschweren.

Der Sächsische Datenschutzbeauftragte
Devrientstraße 1
01067 Dresden



Patient/in:

.....
Name, Vorname

.....
Geburtsdatum, Geburtsort

.....
Straße

.....
PLZ, Ort

.....
Telefon

.....
E-Mail

Ich stimme hiermit der Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten für den Zweck

Nr.	Zweck	Erläuterung
1.	Übermittlung an Dentallabor	Schriftlicher Auftrag zur Erstellung von Zahnersatz, Schienen und kieferorthopädischen Behandlungsgeräten. Gilt nicht, wenn ein Vertrag zur Auftragsdatenverarbeitung vorliegt.
2.	Recall-System	Erinnerungsservice für den jährlichen Zahnarztbesuch

durch die Praxis zu.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder durch E-Mail an die Praxis widerrufen kann (Art. 7 Abs. 3 DSGVO).

Mir ist bekannt, dass mein jederzeit möglicher Widerruf der Einwilligung die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt (Art. 7 Abs. 3 Satz 2 DSGVO).

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift



Dokumentationsassistentz

Liebe Patientin, lieber Patient,

um uns voll und ganz auf das Gespräch mit Ihnen konzentrieren zu können, nutzen wir in dieser Praxis eine **moderne, KI-basierte Dokumentationsassistentz**.

Was bedeutet das für Sie

- **Dokumentation:** Unser Gespräch wird im Hintergrund digital erfasst und von einer künstlichen Intelligenz (KI) strukturiert zusammengefasst.
- **Mehr Zeit für Sie:** Wir müssen während des Gesprächs weniger tippen und können Ihnen unsere volle Aufmerksamkeit schenken.
- **Ärztliche Kontrolle:** Die KI trifft keine medizinischen Entscheidungen. Jedes Protokoll wird von uns persönlich geprüft, korrigiert und freigegeben.

Datenschutz & Sicherheit:

- Die Verarbeitung Ihrer Daten erfolgt streng nach der **Europäischen Datenschutzgrundverordnung (DSGVO)**.
- Die Audioaufnahmen werden **verschlüsselt verarbeitet** und nach der Erstellung des Textes **sofort gelöscht**. Es werden keine Daten dauerhaft außerhalb Ihrer Patientenakte gespeichert.
- Ihre Daten werden **nicht** zum Training öffentlicher KI-Modelle verwendet.

Ihre Entscheidung:

Die Nutzung dieses Systems ist freiwillig. Wenn Sie eine Dokumentation per KI **nicht wünschen**, sagen Sie uns einfach vor dem Gespräch Bescheid. Es entstehen Ihnen dadurch keinerlei Nachteile.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift