DENTANET

EXZELLENTE ZAHNHEILKUNDE
SEIT 1922

KIDS & TEENS

Liebe Eltern,

schon heute möchten wir Sie und Ihr Kind bei DENTANET begrüßen.
Wir freuen uns, dass Sie sich für unsere Zahnarztpraxis entschieden haben.
Herzlich willkommen bei DENTANET!

Damit Ihr Kind und Sie sich in unserer Praxis ab dem ersten Moment wohl- und bestmöglich aufgehoben fühlen, haben wir Sympathisches und Wissenswertes zu DENTANET und den Menschen, die unserer Praxis ihre besondere Note verleihen, für Sie unter www.dentanet.de zusammengetragen.

Unser Wunsch ist, die Erstuntersuchung und -behandlung Ihres Kindes optimal vorbereitet beginnen zu können. Bitte füllen Sie hierzu folgende Unterlagen bereits im Vorfeld online aus:

- Anmelde- und Gesundheitsbogen
- Einwilligung in die Verarbeitung personenbezogener Daten
- Medikamentenplan – falls vorhanden, bitte über Link hochladen
- Röntgenbilder – falls vorhanden, bitte zum Ersttermin mitbringen

Lassen Sie uns bei der Gelegenheit gerne wissen, wenn Sie besondere Wünsche und/oder Fragen zur Zahngesundheit Ihres Kindes haben.
(Sämtliche Daten und Angaben werden selbstverständlich vertraulich behandelt!)

Sollte Ihr Kind seinen Termin nicht wahrnehmen können, rufen Sie uns bitte rechtzeitig unter 0 54 24 / 16 23 an – spätestens 48 Stunden zuvor. So helfen Sie aktiv mit, Ausfall- und Wartezeiten anderer Patienten zu vermeiden. Vielen Dank.

Mit freundlichen Grüßen
Ihr DENTANET-Team Dres. Rüter Koch & Kollegen

9.2024

ZAHNARZTPRAXIS DENTANET DR. CHRISTIAN RÜTER · OSNABRÜCKER STRASSE 12 · 49214 BAD ROTHENFELDE
TEL 0 54 24 · 16 23 · INFO@DENTANET.DE · WWW.DENTANET.DE

DENTANET

ANMELDE- / GESUNDHEITSBOGEN

KIDS & TEENS

Liebe Eltern,

HERZLICH WILLKOMMEN! Wir freuen uns, Sie und Ihr Kind in unserer Praxis für vorbeugende, innovative, rekonstruierende und ästhetische Zahnheilkunde begrüßen zu dürfen.
Zur optimalen Versorgung Ihres Kindes benötigen wir noch einige Informationen. Bitte füllen Sie dafür diesen Bogen vollständig aus. Sie helfen uns dadurch, eine für Ihr Kind optimal abgestimmte, risikofreie Behandlungsgrundlage zu schaffen. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht. Angaben zum Thema Datenschutz finden Sie auf unserer Website unter www.dentanet.de.

PERSÖNLICHE ANGABEN

O Kind / Patient

Name ..... Vorname ..... Geb.-Datum .....

Mein Kind ist mitversichert bei

O Mutter O Vater O andere

Name ..... Vorname ..... Geb.-Datum .....

Straße ..... PLZ ..... Ort .....

Tel. Privat ..... Tel. Handy ..... Tel. Arbeit .....

Fax ..... E-Mail .....

Krankenkasse

O freiwillig versichert O privatversichert O zusatzversichert

O Beihilfe O Basistarif

Behandelnder Arzt / Hausarzt / Kinderarzt Name .....

Telefon ..... Anschrift .....

VIELEN DANK für Ihre freundliche Mithilfe! Bitte teilen Sie uns mit, wenn sich Änderungen in Ihren Angaben ergeben haben. Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner auf beiden Seiten gemachten Angaben.

....

Ort, Datum Unterschrift des Erziehungsberechtigten oder Bevollmächtigten

Anmelde-/ Gesundheitsbogen

SEITE 2

KIDS & TEENS

GESUNDHEITLICHE ANGABEN	ja	nein	WENN JA, WELCHE? – Bitte aufführen!
Hat Ihr Kind ...			
... Tetanusschutz & alle anderen Impfungen erhalten?	O	O	.....
... Asthma oder Lungenerkrankungen?	O	O	
... Infektionskrankheiten (z.B. HIV, Hepatitis, Tuberkulose)?	O	O	
– Wenn ja, welche?			.....
... Herzfehler oder Herzerkrankungen?	O	O	.....
... Blutkrankheiten oder Blutungsneigung?	O	O	.....
... Leber- oder Nierenerkrankungen?	O	O	.....
... Stoffwechselkrankheiten oder Diabetes?	O	O	.....
... Allergien?	O	O	
– Wenn ja, welche?			.....
... epileptische Anfälle oder Fieberkrämpfe?	O	O	.....
... Sprachprobleme?	O	O	.....
... Hörprobleme oder Taubheit?	O	O	.....
... Sehschwäche oder Blindheit?	O	O	.....
... sonstige angeborene Krankheiten?	O	O	.....
Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente?	O	O	
– Wenn ja, welche?			.....
ZAHNÄRZTLICHE ANAMNESE			
War Ihr Kind schon einmal beim Zahnarzt?	O	O	.....
Hatte Ihr Kind schon einmal ...			
... Zahnschmerzen?	O	O	
... einen Unfall im Mund- oder Gesichtsbereich?	O	O	.....
FLUORIDNUTZUNG & ESSGEWOHNHEITEN			
Hat Ihr Kind genuckelt (z.B. Nuckel, Daumen, Stofftier)?	O	O	.....
– Wenn ja, bis wann? Oder nuckelt Ihr Kind noch immer?			.....
Hat Ihr Kind aus der Nuckelflasche getrunken?	O	O	
Welche Fluoridpräparate bekommt Ihr Kind?	O Zahnpasta	O Fluoretten	O Speisesalz
Putzt sich Ihr Kind alleine die Zähne?	O	O	
Wie häufig werden die Zähne Ihres Kindes pro Tag geputzt?			.....
Trinkt Ihr Kind etwas zum Einschlafen oder in der Nacht?	O	O	.....
Welches Getränk trinkt Ihr Kind am häufigsten?	O Wasser	O Apfelschorle	O .....

WIE SIND SIE AUF DENTANET AUFMERKSAM GEWORDEN?

O Überweisung / auf Empfehlung von .....

O Internet O Presse / Anzeige O Informationsveranstaltung / Vortrag

DENTANET

KIDS & TEENS

PATIENTENINFORMATION

zur Erhebung personenbezogener Daten im Rahmen
der zahnärztlichen Behandlung

1. Name und Kontaktdaten des Verantwortlichen und ggf. Vertreters

- Dr. Christian Rüter
- Zahnarztpraxis DENTANET Dr. Christian Rüter · Osnabrücker Straße 12 · 49214 Bad Rothenfelde
  Tel. 0 54 24 / 16 23 · Fax 0 54 24 / 6 90 73 · info@dentanet.de · www.dentanet.de

2. Kontaktdaten der Datenschutzbeauftragten

- Nadine Janzing · Tel. 0 54 24 / 16 23 · naf@dentanet.de

3. Zwecke, für die die personenbezogenen Daten verarbeitet werden sollen

Durchführung und Verwaltung der zahnärztlichen Beratung und Behandlung, Abrechnung von GKV-Leistungen mit Stellen nach dem SGB V (insbesondere der KZVN), Abrechnung von Privatleistungen, externe Abrechnung über Dienstleister, Erteilung erforderlicher Auskünfte.

4. Rechtsgrundlagen der Datenverarbeitung

Behandlungsvertrag; Pflicht zum Führen einer Behandlungsdokumentation (§ 630f Abs. 1 BGB);
bei GKV-Patienten auch gesetzliche Pflicht zur Erbringung der vertragszahnärztlichen Leistungen (§ 95 SGB V);
bei externer Abrechnung Einwilligung des Betroffenen; bei Auskunftserteilung gesetzliche Pflichten oder Einwilligung des Betroffenen.

5. Empfänger/Kategorien von Empfängern

Heilberufsangehörige, Zahntechnische Labore, Pathologische Institute, Krankenkassen, Versicherungen, gesetzliche oder beauftragte Abrechnungsstellen, Beihilfestellen, Behörden und Gerichte.

6. Empfänger in einem Drittland/eine internationale Organisation (z.B. bei Nutzung von Cloud-Diensten)

Eine Übermittlung in Drittländer oder internationale Organisationen ist nicht beabsichtigt.

7. Dauer der Speicherung

Die Dauer der Speicherung richtet sich im Wesentlichen nach den gesetzlichen oder satzungsrechtlichen Aufbewahrungsfristen, insbesondere § 12 Abs. 1 Berufsordnung der ZÄKN (10 Jahre), § 630 f Abs.3 BGB (10 Jahre), §§ 28 Abs. 3 RöV und 85 Abs. 3 StrlSchV (mindestens 10 Jahre).

8. Rechte der Betroffenen

Betroffene können folgende Ansprüche gegenüber dem o.g. Verantwortlichen geltend machen:

- Auskünfte nach § 15 EU-DSGVO über die Datenverarbeitung einschließlich Auskünfte über die hier genannten, diesbezüglichen Rechte;
- Berichtigung oder Ergänzung von Daten nach Art. 16 EU-DSGVO, wobei Änderungen in der Behandlungsdokumentation als solche erkennbar bleiben müssen, siehe § 630f Abs. 1 BGB;
- Löschung oder Sperrung von Daten nach Art. 17 bzw. 18 EU-DSGVO, bei der Behandlungsdokumentation wegen der Aufbewahrungspflichten ist nur Sperrung möglich;

KIDS & TEENS

- Widerspruchsrecht nach Art. 21 EU-DSGVO, wobei die Verarbeitung in der Praxis in der Regel nicht auf der in der Vorschrift genannten Grundlage erfolgt;
- Recht auf Datenübertragbarkeit nach Art. 20 EU-DSGVO, also auf Erhalt der Daten in maschinenlesbarem Format und auf Übermittlung an einen anderen Verantwortlichen.

9. Recht auf Widerruf einer Einwilligung

Soweit die Verarbeitung der Daten nicht auf vertraglicher oder gesetzlicher Grundlage, sondern einer Einwilligung des Betroffenen erfolgt, kann diese jederzeit durch formlose Erklärung gegenüber dem Verantwortlichen mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden.

10. Recht auf Beschwerde bei einer Datenschutzbehörde

Jede von der Verarbeitung betroffene Person hat nach Art. 77 EU-DSGVO das Recht auf Beschwerde bei einer Aufsichtsbehörde, wenn sie der Ansicht ist, dass die Verarbeitung gegen das Datenschutzrecht verstößt.
Die Anschrift der für uns zuständigen Aufsichtsbehörde lautet:
Der Landesbeauftragte für den Datenschutz Niedersachsen
Postfach 221 · 30002 Hannover · Tel. 0511 / 120 45 00 · Fax 0511 / 120 45 99
poststelle@lfd.niedersachsen.de

11. Quelle aus der die Daten stammen [nur bei Dritterhebung nach Art. 14 EU-DSGVO]

Die Daten fordern wir von Praxis .....
Anschrift ..... an.

12. Gesetzliche oder vertragliche Verpflichtung, die Daten Dritten bereitzustellen und mögliche Folgen der Nichtbereitstellung

Berufsrechtlich (§ 12 Abs. 3 Berufsordnung ZÄKN) besteht – soweit ein Einverständnis des Patienten vorliegt oder dies gesetzlich vorgeschrieben ist – die Pflicht, einem an der Behandlung beteiligten oder begutachtenden Zahnarzt oder Arzt die eigene Behandlungsdokumentation vorübergehend zu überlassen und ihn über die Behandlung zu informieren.
Ähnliche Verpflichtungen können sich insbesondere aus dem Sozialrecht ergeben wie bei einer Wirtschaftlichkeits-/Abrechnungsprüfung oder im Rahmen der Aufgaben des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen oder der Unfallversicherung. Pflichten zur Übermittlung von Daten bestehen zudem nach dem Infektionsschutzgesetz. Verstöße gegen diese Pflichten können berufs- bzw. vertragszahnarztrechtlich sanktioniert werden oder sogar zu einem Verlust der zahnärztlichen Approbation wegen Unzuverlässigkeit führen.
Vertragliche Verpflichtungen zur Datenweitergabe bestehen nicht (wohl allerdings womöglich z.B. bei Teilnahme an einem Selektivvertrag).

Sollten Sie Fragen haben, können Sie sich gerne an uns wenden.

Ihr DENTANET-Praxisteam

DENTANET

KIDS & TEENS

EINWILLIGUNG

in die Verarbeitung personenbezogener Daten

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

in unserer Praxis möchten wir aus organisatorischen Gründen auch Verarbeitungen von Daten vornehmen, für die jeweils eine Einwilligung des Patienten erforderlich ist. Diese Verarbeitungen sind im Einzelnen unten aufgeführt und in einer Zahnarztpraxis durchaus üblich.

Wir möchten Sie bitten, durch **Ankreuzen** und durch Ihre **Unterschrift** zu bestätigen, dass bzw. mit welchen Verarbeitungen Sie einverstanden sind. Ihre Behandlung ist hiervon selbstverständlich nicht abhängig. Sie haben die Möglichkeit, jede Einwilligung jederzeit durch formlose Mitteilung an uns zu widerrufen.

Die Art der verarbeiteten Daten, der Umfang der Verarbeitung und mögliche Empfänger sind in allen Fällen auf das für den jeweiligen Zweck Erforderliche beschränkt. Die Daten werden nach Zweckerfüllung gelöscht, soweit keine gesetzliche Aufbewahrungspflicht besteht. Es sind technische und organisatorische Maßnahmen getroffen, um die Daten gegen Manipulationen, Verlust, oder den Zugriff unberechtigter Personen zu schützen.

Verantwortlich für die Datenverarbeitung und Ihr Ansprechpartner bei Fragen ist Herr Dr. Christian Rüter.

JA, ICH BIN MIT DER VERARBEITUNG EINVERSTANDEN.

Bitte ankreuzen:

☐ **1. Recall**

Ein regelmäßiger Zahnarztbesuch ist sinnvoll und kann zu Einsparungen beim Zahnersatz führen. Mit unserem „Recall“ erinnern wir Sie hieran gerne (z.B. per SMS, Telefon) in dem für Sie individuell festgelegten Behandlungsintervall.

☐ **2. Abrechnung über externen Dienstleister**

Wir nehmen uns viel lieber Zeit für Ihre Behandlung als für die Abrechnung. Sofern einmal private Zahlungen anfallen, beauftragen wir daher das Unternehmen Nelly Solutions GmbH, Spreeufer 3 in 10178 Berlin, uns diese Arbeit abzunehmen. Es handelt sich dabei um ein zuverlässiges, anerkanntes ärztliches/zahnärztliches Abrechnungsunternehmen.

An dieses werden nur die für die Abrechnung erforderlichen Daten, insbesondere Ihre Kontaktdaten sowie die nach der Gebührenordnung für Ärzte/Zahnärzte erbrachten Leistungen übermittelt, soweit erforderlich auch mit uns geschlossene besondere Vereinbarungen, aber keine darüber hinausgehenden Gesundheitsdaten oder sonstige Informationen.

Einwilligung in die Verarbeitung personenbezogener Daten
SEITE 2

KIDS & TEENS

☐ **3. Anforderung von Behandlungsunterlagen**
Falls ihr Vorbehandler/Überweiser bereits aktuelle Röntgenaufnahmen oder anderweitige Befundunterlagen erhoben hat, fordern wir diese zur weiteren Befunderhebung, Behandlung an.

Name des Vorbehandlers .....
Anschrift des Vorbehandlers .....

☐ **4. Beauftragung eines pathologischen Instituts**
Sollten im Rahmen eines operativen Eingriffes Gewebeproben entnommen werden, schicken wir diese zusammen mit den Patientenkontaktdaten an das Pathologische Institut Dr. Krech, Bischofstraße 28 in 49074 Osnabrück zwecks weiterführender Diagnostik.

☐ **5. Kommunikation mit Überweiserpraxen, Kliniken, Hauszahnarzt z.B. bei Kuraufenthalten**
Im Anschluss an Ihre Behandlung werden wir Ihrem überweisenden Arzt/Hauszahnarzt Kopien der Röntgenunterlagen sowie einen Abschlussbericht zuschicken. Diese Unterlagen enthalten alle notwendigen Informationen über die erfolgte Behandlung sowie evtl. notwendige, weiterführende Behandlungen.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich,

Name ..... Geburtsdatum .....
Adresse .....

dass ich ausreichend über die jeweils beabsichtigten Verarbeitungen informiert bin und freiwillig mein Einverständnis in die Verarbeitungen erkläre, soweit ich diese oben angekreuzt habe.

In demselben Umfang, beschränkt auf den jeweils dargestellten Verarbeitungszweck, entbinde ich Dr. Christian Rüter und das für die jeweilige Verarbeitung eingesetzte Personal von der zahnärztlichen Schweigepflicht.

....
Ort, Datum Unterschrift des Patienten, Erziehungsberechtigten oder Bevollmächtigten

DENTANET

KIDS & TEENS

AUSFALLHONORAR

gemäß § 615 BGB

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

wir sind bestrebt, unseren Patient*innen zeitnahe Termine in unserer Zahnarztpraxis anbieten zu können und Wartezeiten zu vermeiden. Zur Vergabe von Behandlungsterminen führen wir ein Bestellsystem, das den bestmöglichen Ablauf unserer Praxisstrukturen und die Planung Ihrer Behandlung ermöglicht.

Sollten Sie einen der exklusiv für Sie reservierten Termine nicht wahrnehmen können, bitten wir um Ihre telefonische Absage unter **0 54 24 / 16 23**, spätestens **48 Stunden** vor Behandlungsbeginn.

Bitte haben Sie Verständnis, dass wir für Termine, die nicht wie voran beschrieben abgesagt wurden, gemäß § 615 BGB ein Ausfallhonorar berechnen. Hierzu zählen auch Termine, die nach einmaliger Erinnerung durch unser Recall-System via Anruf oder SMS patientenseitig nicht abgesagt wurden.

Die Höhe des Ausfallhonorars orientiert sich an der jeweils geplanten Behandlungslänge:
Wir berechnen **je 15 Minuten 40,00 Euro**.

Vielen Dank für Ihre Unterstützung.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich,

Name ..... Geburtsdatum .....

Adresse .....

mich mit der voran genannten Regelung einverstanden.

....

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten,
Erziehungsberechtigten oder Bevollmächtigten