

Dr. Christophe Karman

Dr. Uta Schomer

Dr. Klaus Hopfener

Gregor Kuwert

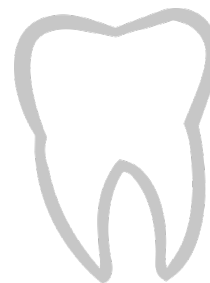
Zahnärzte

Kleiststr. 3

79312 Emmendingen

Telefon: 07641/8835 · Fax: 07641/48610 · www.zahnaerztliches-kompetenzzentrum.com

Dres. Karman, Schomer, Hopfener, Kuwert · Zahnärzte · Kleiststr. 3 · 79312 Emmendingen



Datenschutzerklärung

Informationen zur Erhebung personenbezogener Daten

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 sind Dr. Christophe Karman, Dr. Uta Schomer und Dr. Klaus Hopfener, erreichbar unter der Praxisanschrift Kleiststr. 3, 79312 Emmendingen, E-Mail: ksh.em@online.de, Telefonnummer: 07641/8835.

Die bei uns über Sie gespeicherten personenbezogenen Daten werden im Einzelfall nur dann weitergegeben, wenn wir gesetzlich dazu verpflichtet sind (bspw. gesetzliche Krankenversicherung, 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.

Für die Anfertigung von zahntechnischen Leistungen arbeiten wir mit folgenden gewerblichen Laboren zusammen:

- | | | |
|--------------------------------|--|-------------------------------------|
| 1. Labor Petersen, Rheinfelden | 2. Labor Rothe, Waldkirch | 3. Labor Michael Kuwert, Glottertal |
| 4. Labor Orthos, Frankfurt | 5. Labor Schultheiss-Uhlendahl, Solingen | |

Die Übermittlung von personenbezogenen Daten an die Labore erfolgt nur in dem für die Erstellung der zahntechnischen Leistungen notwendigen Umfang.

Die gespeicherten Daten werden gelöscht, sobald sie für den Zweck der Verarbeitung nicht mehr erforderlich sind. Im Übrigen 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

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 Baden-Württemberg zu.

Zur Kenntnis genommen:

Ort, Datum

Name, Vorname

Unterschrift

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
willkommen in unserer Praxis. Bitte umkreisen Sie die richtigen Antworten (Ja / Nein). Sie helfen uns damit kompetent zu beraten und zu behandeln.

Vielen Dank!

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Telefon: _____ Handy: _____

Wer ist Ihr Hausarzt: _____

Wann war die letzte zahnärztliche Behandlung: _____

Wann war das letzte zahnärztliche Röntgen: _____

Für neue Patienten: wenn Sie ein Bonusheft besitzen, legen Sie uns dieses bitte vor. ja/nein

Sind Sie augenblicklich in ärztlicher Behandlung? _____ ja/nein

Wenn ja, weswegen: _____

Nehmen Sie Medikamente (Medikamentenliste)? _____ ja/nein

Wenn ja, welche: _____

Haben Sie jemals auf Medikamente oder Spritzen mit einem Ausschlag reagiert? _____ ja/nein

Welches Medikament? _____

Haben Sie jemals bemerkt, dass Sie länger nachbluten? _____ ja/nein

Haben Sie Herz- oder Kreislaufstörungen? _____ ja/nein

Erkrankungen der Atmungsorgane? _____ ja/nein

Rauchen Sie, wenn Ja wie viele Zigaretten pro Tag? _____ ja/nein

Wie wichtig wäre Ihnen ein Rauchstopp zum jetzigen Zeitpunkt? Nicht wichtig 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 wichtig

Asthma, Heuschnupfen oder andere Allergien? _____ ja/nein

Eine andere ernsthafte Erkrankung? _____ ja/nein

Leiden Sie an Diabetes Mellitus, wenn Ja, wie hoch ist ihr HbA1c? _____ ja/nein

Sind Sie in psychotherapeutischer Behandlung (z. B. wegen Depressionen) _____ ja/nein

Haben Sie einen Herzschrittmacher oder Defibrillator _____ ja/nein

Haben Sie eine ansteckende Krankheit (Hepatitis, Tuberkulose, HIV)? _____ ja/nein

Haben Sie eine Creutzfeld-Jakob-Infektion _____ ja/nein

Hatten Sie in den letzten 4 Wochen Schmerzen im Bereich der rechten, der linken oder in beiden Gesichtshälften? _____ ja/nein

Haben Sie Zahnfleischprobleme? _____ ja/nein

Schnarchen Sie oder leiden Sie an einer schlafbezogenen Atmungsstörung _____ ja/nein

Wenn ja, bitte am Empfang den OSA Fragebogen abholen und ausfüllen.

Besteht augenblicklich eine Schwangerschaft? _____ ja/nein

Ist bei Ihnen eine Operation geplant? _____ ja/nein

Besteht bei Ihnen ein Pflegegrad oder beziehen Sie Eingliederungshilfe? _____ ja/nein

Datum: _____ Unterschrift: _____

Verspätungen sind in unserer Praxis stets gut begründet. Wir bitten Sie im Sinne einer hohen Behandlungsqualität von Beschwerden diesbezüglich abzusehen. Gespräche in dieser Sache sind ausschließlich mit den Ärzten zu führen. Selbstverständlich bemühen wir uns, Sie über Zeitverzögerungen zu informieren. Vielen Dank für Ihr Verständnis.

Nachname

Vorname

Geburtsdatum

Anschrift

Pflichtfeld – per Hand ausfüllen oder per EDV bedrucken

Einverständniserklärung

Ggf. gesetzliche(r) Vertreter(in) oder abweichender Rechnungsempfänger:

Bei Personen unter 18 Jahren/Geschäftsunfähigen/beschränkt Geschäftsfähigen

Titel, Vorname, Nachname	Geburtsdatum
Straße, Hausnr.	PLZ, Ort

Einwilligung zur Forderungsabtretung

Ich erkläre mich einverstanden,

- dass mein Zahnarzt die sich aus meiner Behandlung ergebenden Forderungen an die ZA Zahnärztliche Abrechnungsgesellschaft Düsseldorf, AG, Wertstr. 21, 40549 Düsseldorf (kurz ZA AG) abtritt
- und dass die ZA AG diese Forderungen an die Deutsche Apotheker- und Ärztebank eG (kurz apoBank) weiter abtritt.

Entbindung von der Schweigepflicht

- Ich entbinde meinen Zahnarzt von seiner ärztlichen Schweigepflicht und erkläre mich mit der Weitergabe der erforderlichen Daten (Name, Geburtsdatum, Anschrift, Behandlungsdaten und -verläufe, Gebührenziffern, bei gewünschten Stellungnahmen für Ihren Kostenträger auch Diagnosen) an die ZA AG einverstanden.
- Ich bin damit einverstanden, dass nach der Abtretung der Forderung allein die ZA AG forderungsberechtigt ist und deshalb Einwände gegen die Forderung – auch soweit sie sich aus der Behandlung und der Krankengeschichte ergeben – gegenüber der ZA AG zu erheben sind und im Streitfall der mich behandelnde Zahnarzt als Zeuge vernommen werden kann.
- Ich willige ein, dass die ZA AG Bonitätsauskünfte bei einer Kreditschutzorganisation einholt und dazu meinen Namen, mein Geburtsdatum und meine Anschrift an die Organisation übermittelt sowie ein internes Bonitätstool nutzt.

Bestätigung

- Ich bestätige, dass ich die oben stehende Patienteninformation der ZA AG zur Kenntnis genommen habe.
- Mir ist bekannt, dass ich meine Einverständniserklärung für zukünftige Behandlungen widerrufen kann. Für die laufende Behandlung ist dies solange möglich, wie mein Zahnarzt meine Behandlungsdaten noch nicht an die ZA AG weitergeleitet hat.
- Eine Durchschrift dieser Erklärung habe ich erhalten.

Ort, Datum	Unterschrift
	Praxisstempel

Patienteninformation

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Ihr/e Zahnarzt/Zahnärztin (im Folgenden: Zahnarzt) arbeitet mit uns, der ZA Zahnärztlichen Abrechnungsgesellschaft Düsseldorf, AG (kurz ZA AG) zusammen. Informationen zu uns erhalten Sie im Internet unter www.die-za.de oder direkt von uns:

ZA Zahnärztliche Abrechnungsgesellschaft Düsseldorf, AG
Wertstr. 21
40549 Düsseldorf
Telefon: 0211 56 93 - 0
E-Mail: info@zaag.de

Unser Datenschutzbeauftragter:

Rechtsanwalt Prof. Dr. Ulf Vormbrock
Fritz-Vomfelde-Str. 34
40547 Düsseldorf
E-Mail: datenschutz@zaag.de

Damit wir für Ihren Zahnarzt tätig werden können, benötigen wir Ihr freiwilliges Einverständnis gemäß Art. 6 Abs. 1 lit. a, 9 Abs. 2 lit. a DSGVO. Wenn Sie keine Abrechnung über uns wünschen, teilen Sie Ihrem Zahnarzt dies bitte sogleich mit. In diesem Fall wird er sein Honorar selbst abrechnen.

Sie können Ihre Einverständniserklärung für zukünftige Behandlungen widerrufen. In diesem Fall rechnet Ihr Zahnarzt seine Leistungen ebenso direkt mit Ihnen ab. Bei der aktuellen Behandlung ist ein Widerruf Ihrer Einverständniserklärung solange möglich, wie Ihr Arzt uns Ihre Behandlungsdaten noch nicht übermittelt hat.

Ihr Zahnarzt erhebt personenbezogene Daten und speichert diese in seinem EDV-System. Hierbei handelt es sich um Daten, die für eine Kommunikation mit Ihnen notwendig sind (Name, Adresse, Telefon, E-Mail etc.). Des Weiteren speichert Ihr Zahnarzt Daten, die sich auf Ihre Person (Geschlecht, Alter etc.), auf die Behandlung und die durchgeführten ärztlichen Maßnahmen (Behandlungsdaten gemäß Art. 9 Abs. 1 DSGVO) beziehen. Dies ist wichtig, da Ihr Zahnarzt nur so seine Tätigkeiten nach der gesetzlichen Gebührenordnung korrekt abrechnen kann. Als Abrechnungsstelle erhalten wir von Ihrem Zahnarzt Ihren Namen, Ihre Adresse und eine Darstellung der durchgeführten Behandlungsmaßnahmen und Labordaten. Diagnosen werden nur übermittelt, wenn dies im Rahmen von Erstattungs-Bearstandungen seitens Kostenträger erforderlich ist, z. B. um die medizinische Notwendigkeit einer Behandlung zu erläutern.

Wir finanzieren unsere Leistungen durch eine Abtretung sämtlicher Forderungen an die Deutsche Apotheker- und Ärztebank eG (apoBank). Personenbezogene Daten werden hierbei jedoch nicht an die apoBank weitergeleitet.

Wir zahlen nach der Behandlung unmittelbar an Ihren Zahnarzt und möchten uns daher absichern. Aus diesem Grund holen wir vor der Behandlung Bonitätsauskünfte über Sie bei Kreditschutzorganisationen ein, wenn Sie uns hierfür Ihr Einverständnis gemäß Art. 6 Abs. 1 lit. a, 9 Abs. 2 lit. a DSGVO erteilen. In diesem Fall übermitteln wir Ihren Namen, Ihr Geburtsdatum und Ihre Anschrift an die Kreditschutzorganisation. Wenn Sie dies jedoch nicht möchten, sprechen Sie bitte Ihren Zahnarzt direkt an. Er wird dann seine Leistungen selbst abrechnen.

Ihre Daten werden für eine Zeit von bis zu 10 Jahren gespeichert, da diese Daten als Bestandteil unserer Buchhaltung aufbewahrungspflichtig sind. Sie können verlangen, dass wir Ihnen bezüglich Ihrer Daten umfassend Auskunft erteilen. Ferner sind Sie berechtigt, von uns zu verlangen, dass Ihre Daten berichtigt, gesperrt, gelöscht und/oder übertragen werden. Es gelten die Art. 15 ff. DSGVO. Darüber hinaus arbeiten wir intern mit einem softwarebasierten Bonitätstool (ZA:riskmanager). Dieses ermittelt aufgrund von personenbezogenen Daten automatisiert eine Einschätzung, ob und inwieweit eine Forderung Ihnen gegenüber erfolgreich durchgesetzt werden kann. Auch hierfür bitten wir Sie um Ihr Einverständnis gemäß Art. 6 Abs. 1 lit. a DSGVO.

Sie haben das Recht, sich bei der zuständigen Datenschutzbeauftragten des Landes Nordrhein-Westfalen in Düsseldorf zu beschweren:

Landesbeauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit Nordrhein-Westfalen
Kavalleriestr. 2-4
40213 Düsseldorf
Telefon: 0211 38 424 - 0
Fax: 0211 38 424 - 999
E-Mail: poststelle@ldi.nrw.de

Besondere Hinweise bei der Behandlung von Kindern und Jugendlichen

Bei der Behandlung von Kindern und Jugendlichen erhebt Ihr Zahnarzt sowohl die von ihm benötigten personenbezogenen Daten (Name, Geburtsdatum) des Kindes/Jugendlichen als auch die personenbezogenen Daten der gesetzlichen Vertreter. Soweit diese Daten zur Abrechnung der ärztlichen Leistungen erforderlich sind, leitet Ihr Zahnarzt diese an uns weiter. Wir speichern die übermittelten Daten zu Zwecken der Abrechnung; wir verwenden sie auch zur Ermittlung des Ausfallrisikos und leiten die Daten der gesetzlichen Vertreter vor der Behandlung an die Kreditschutzorganisationen weiter. Wenn Sie das nicht möchten, teilen Sie dies Ihrem Zahnarzt bitte sogleich mit. Er rechnet dann direkt mit Ihnen ab.

Mit besten Grüßen

Ihre ZA Zahnärztliche Abrechnungsgesellschaft Düsseldorf, AG

Neu in Behandlung tretende Patienten/innen werden um Ausfüllung dieser Anmeldung gebeten!

Datum _____

Hauptversicherte/r	Familienangehörige/r
Name _____	Name _____
Vorname _____	Vorname _____
Geb.-Datum _____	Geb.-Datum _____
PLZ, Wohnort _____	PLZ, Wohnort _____
Straße _____ Nr. _____	Straße _____ Nr. _____
Beruf _____ Tel. _____ / _____	Beruf _____ Tel. _____ / _____
Arbeitgeber/in _____	Falls Student/in, Soldat o. ä. oder 2. Wohnsitz, bitte hier Heimatanschrift mit Postleitzahl angeben!
Anschrift, Tel. _____	
Krankenkasse _____ (Geschäftsstelle)	Name _____ Vorname _____
Hausarzt/ärztin _____	Straße _____
	PLZ _____ Wohnort _____

Form. 3029 - NEMAYER e.K. - Mittenwald - Tel. (088 23) 92 15 0

Bei bevorstehendem Umzug bitte auf der Rückseite künftige Adresse angeben (ab wann?).

Name/Vorname:

Alter:

Datum:

Schläfrigkeits-Fragebogen¹

Wie leicht fällt es Ihnen, in folgenden Situationen einzuschlafen?

Gemeint ist nicht nur das Gefühl müde zu sein, sondern das wirkliche Einschlafen. Die Frage bezieht sich auf das übliche tägliche Leben der vergangenen Wochen. Auch wenn Sie einige der beschriebenen Tätigkeiten in letzter Zeit nicht ausgeführt haben, versuchen Sie sich vorzustellen, welche Wirkung diese auf Sie gehabt hätten. Wählen Sie aus der folgenden Skala die für die entsprechende Frage am besten zutreffende Zahl:

0 = würde *niemals* einnicken

1 = *geringe* Wahrscheinlichkeit einzunicken

2 = *mittlere* Wahrscheinlichkeit einzunicken

3 = *hohe* Wahrscheinlichkeit einzunicken

	0	1	2	3
Beim Sitzen oder Lesen				
Vor dem Fernseher				
Im Kino oder Theater				
Als Beifahrer im Auto				
Beim Hinlegen mittags				
Im Gespräch				
Im Sitzen nach dem Essen				
Im Auto vor dem Rotlicht				

Gesamte Punktzahl =

(auffällig bei ≥ 11)

STOP-BANG Fragebogen^{2,3}

Schnarchen	Schnarchen Sie laut(lauter als Sprechen oder hörbar durch eine geschlossene Tür?)	Ja	Nein
Müdigkeit	Fühlen Sie sich häufig müde oder schläfrig tagsüber?	Ja	Nein
Beobachtung	Hat jemand schon beobachtet, dass Sie im Schlaf aufhören zu atmen?	Ja	Nein
Blutdruck	Werden Sie oder wurden Sie wegen hohem Blutdruck behandelt?	Ja	Nein
BMI	Höher als 35kg/m ³ ?	Ja	Nein
Alter	Älter als 50 Jahre?	Ja	Nein
Halsumfang	Größer als 40 cm (bei Frauen), 43 cm (bei Männern)?	Ja	Nein
Geschlecht	Männlich?	Ja	Nein
	SUMMEN		

1.Johns MW: A new method of measuring daytime sleepiness: Epworth Sleepiness Scale. Sleep 1991

2.Farney RJ et al.: The Stop-Bang equivalent Model and Prediction of Severity of OSA. J Clin Sleep Med 2011

3.Chung F et al.: STOP Questionnaire. Anesthesiology 2008.

Weniger als 3 Fragen mit ja beantwortet = geringes Risiko für OSAS; Punktzahl >3 = erhöhtes Risiko für OSAS