



Ihre Angaben werden streng vertraulich behandelt. (ärztliche Schweigepflicht gemäß §203 des StGB)

**Personalien des Patienten**

Name .....  
Vorname .....  
Geb.-Datum .....  
PLZ/Ort .....  
Straße .....  
Beruf .....  
Tel. tagsüber .....  
Tel. privat .....  
E-Mail-Adresse .....

**Terminerinnerung per SMS ( 1 Werktag vor der Behandlung) an**

Name .....  
Handynr. ....

**Personalien des Versicherten (falls abweichend)**

Name .....  
Vorname .....  
Geb.-Datum .....  
PLZ/Ort .....  
Straße .....

**Krankenversicherung**

Privat versichert bei .....  
 Beihilfeberechtigt zu ..... %  
 Gesetzlich versichert bei .....

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

.....  
Wer ist Ihr Zahnarzt?  
.....

Nehmen Sie bei Ihrem Zahnarzt regelmäßig Prophylaxetermine wahr?  
 ja  nein

Erfolgte in letzter Zeit eine kieferorthopädische Beratung?  
Wenn ja, wo und wann?

.....  
Waren Sie schon einmal in kieferorthopädischer Behandlung?  
Wenn ja, wo und wann?  
.....

Waren oder sind Familienangehörige in der Praxis Dr. Lodde in kieferorthopädischer Behandlung? Wenn ja, wer?

.....

Bestehen allgemeinmedizinische Erkrankungen? (Herz, Leber, Niere, Blutgerinnungsstörungen, Zuckerkrankheit, Allergie, AIDS, Gelbsucht, ADS, sonstige Krankheiten?) Wenn ja, welche?

.....  
Gab es Unfälle mit Beteiligung der Zähne oder des Kiefers?  
Wenn ja, welche?  
.....

Sind frühzeitig bleibende Zähne entfernt worden?  
 ja  nein

Sind Zahnfehlstellungen in der Familie bekannt? Wenn ja, welche?

.....

Sind Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung?  
Wenn ja, wo und weshalb?

.....

Werden regelmäßig Medikamente eingenommen?  
Wenn ja, für welche Art von Krankheit?

.....

**Moderne Kieferorthopädie**

Wie alle medizinischen Bereiche ist auch die Kieferorthopädie durch Teamarbeit geprägt. Daher werden Teilleistungen (technisch weitgehend vereinfachte, risikoarme und manuelle Handhabungen) auch von aus- und fortgebildeten Kieferorthopädischen Fachassistentinnen/-assistenten oder Zahnmedizinischen Fachangestellten – nach vorheriger individueller Anordnung durch die/den Kieferorthopädin/en und unter deren/dessen Autorität, Aufsicht, Überwachung und Kontrolle – erbracht.

**Kieferorthopädische Behandlung**

Eine kieferorthopädische Behandlung für Erwachsene wird nur im Falle einer Kombinationsbehandlung Kieferorthopädie/Kieferchirurgie von Ihrer Krankenkasse übernommen. Sollte dies bei Ihnen der Fall sein, beträgt Ihr Eigenanteil als gesetzlich versicherter Patient 20%. Diesen Eigenanteil erhalten Sie nach erfolgreicher Behandlung von Ihrer Krankenkasse erstattet.

Die Information zur Speicherung, Verarbeitung und Weiterleitung meiner Daten nach der DSGVO auf der zweiten Seite habe ich zur Kenntnis genommen.

Ort, Datum und Unterschrift



## 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 haben.

### 1. Verantwortlichkeit für die Datenverarbeitung

Verantwortlich für die Datenverarbeitung ist Frau Dr. Hiltrud Lodde.

### 2. Zweck der Datenverarbeitung

Die Datenverarbeitung erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben, um den Behandlungsvertrag zwischen Ihnen und uns und die damit verbundenen Pflichten zu erfüllen. Hierzu verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten, insbesondere Ihre Gesundheitsdaten. Dazu zählen alle Daten, die auf einer ärztlichen Verordnung aufgeführt sind, sowie Diagnosen, Therapieempfehlungen und -methoden und Befunde, die wir oder Ärzte erheben. Zu diesen Zwecken können uns auch andere Ärzte oder Therapeuten, bei denen Sie in Behandlung sind, Daten zur Verfügung stellen, z.B. in Arztbriefen oder Therapieberichten. Die Erhebung von Gesundheitsdaten ist Voraussetzung für Ihre Behandlung. Diese notwendigen Informationen benötigen wir, um eine sorgfältige Behandlung durchzuführen. Sollten Sie uns darüber hinaus die Freigabe erteilt haben, Sie per SMS oder per Post an Ihre Termine zu erinnern, stimmen Sie mit Ihrer Unterschrift auf der Vorderseite dieser Verarbeitung zu.

### 3. Empfänger Ihrer Daten

Wir übermitteln Ihre personenbezogenen Daten nur dann an Dritte, wenn dies gesetzlich erlaubt ist oder Sie eingewilligt haben. Empfänger Ihrer personenbezogenen Daten können vor allem andere Ärzte, andere Therapeuten, Krankenkassen, der Medizinische Dienst der Krankenversicherung, Steuerberater und Abrechnungsstellen sein. Die Übermittlung erfolgt überwiegend 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 gesetzlich erforderlich ist. Aufgrund rechtlicher Vorgaben sind wir dazu verpflichtet, diese Daten mindestens zehn Jahre nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren. Nach anderen Vorschriften können sich längere Aufbewahrungsfristen ergeben.

### 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 Landesbeauftragte für den Datenschutz in Niedersachsen ist

Barbara Thiel  
Prinzenstraße 5  
30159 Hannover  
t 0511-120450  
poststelle@lfd.niedersachsen.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.