

Neuaufnahmebogen für Jugendliche

PATIENT (Kind):

Name	Vorname(n)	Geburtsdatum
------	------------	--------------

HAUPTVERSICHERTER (z. B. Elternteil):

Name	Vorname(n)	Geburtsdatum
Straße	PLZ/Ort	Tel.
Krankenversicherung	Email	mobil

Herzlich Willkommen auf der „Seasmile“. Wir freuen uns das Sie da sind!

Das Beantworten der folgenden Fragen erfolgt auf freiwilliger Basis.
Wir weisen darauf hin, dass diese Fragen notwendig sind, um Ihnen
und Ihrem Kind bzw. dir eine adäquate Behandlung/ Versorgung zu gewährleisten.



1. Wer sind Ihre / Deine behandelnden Ärzte:

Kinderarzt _____ Zahnarzt _____

Hat Sie / Dich ein Arzt an uns überwiesen? Wenn ja, welcher?

Name: _____

Adresse (Straße/PLZ/Ort): _____

2. Hatte Ihr Kind / hattest Du die folgenden allgemeinmedizinischen Erkrankungen?

<input type="checkbox"/> Rachitis	<input type="checkbox"/> Herzleiden	<input type="checkbox"/> Gelbsucht	<input type="checkbox"/> Blutdruck
<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Epilepsie	<input type="checkbox"/> Asthma	<input type="checkbox"/> Leber
<input type="checkbox"/> Niere	<input type="checkbox"/> HIV	<input type="checkbox"/> Hepatitis	<input type="checkbox"/> TBC
<input type="checkbox"/> Magen-Darm	<input type="checkbox"/> Schilddrüse	<input type="checkbox"/> Migräne	<input type="checkbox"/> Arthrose
<input type="checkbox"/> sonstige Erkrankungen:			

3. Nimmt Ihr Kind / nimmst Du regelmäßig Medikamente ein?

Ja

Nein Wenn ja, welche?

4. Neigt Ihr Kind / neigst Du zu den folgenden allergischen Reaktionen?

Heuschnupfen Hautausschläge/Ekzeme Asthma

Medikamente : _____

Neuaufnahmebogen für Jugendliche

5. **Hat Ihr Kind / hast Du eine Störung der Blutgerinnung oder ist eine solche Erkrankung in der Familie bekannt?** Ja , was genau? _____ Nein
6. **Hat/Hatte Ihr Kind / hast/hattest Du folgende Therapien?**
Ergotherapie Logopädie Physiotherapie
7. **Aus welchem Grund sind Sie / bist Du heute zu uns gekommen?**

8. **Ist Ihr Kind / bist Du mit seinen / deinen Zähnen zufrieden?** Ja Nein
Wenn nein, was soll verändert werden? _____
9. **Gab es Unfälle mit Beteiligung der Zähne oder des Kiefers?** Ja Nein
Wenn ja, welche? _____
10. **Haben Sie bei Ihrem Kind / Hast Du schief stehende Zähne beobachtet?**
Ja Nein
Wenn ja, welche? _____
11. **Ist eine kieferorthopädische Behandlung bereits begonnen worden?** Ja Nein
Wenn ja, bei welchem Arzt? _____
12. **Trinkt Ihr Kind / Trinkst Du aus Sportlerflaschen?** Ja Nein
Wenn ja, wie oft, wie lange und was ist in der Flasche? _____
13. **Wie häufig werden die Zähne geputzt?** _____
Mit welcher Art von Zahnbürste? Handzahnbürste elektrische Zahnbürste
14. **Werden regelmäßig Fluoride benutzt?** Ja Nein
Wenn ja, in welcher Form? Zahnpasta Tabletten Gele Salz Mineralwasser

Neuaufnahmebogen für Jugendliche

15. Hat Ihr Kind bzw. hast Du Angst vor dem Zahnarzt?

Ja Nein

Wenn ja, welche Erfahrungen wurden gemacht?

16. Wann war Ihr Kind bzw. wann warst Du das letzte Mal beim Zahnarzt?

17. Wurden im letzten Jahr evtl. schon einmal Röntgenaufnahmen der Zähne und/oder des Kiefers angefertigt?

Ja, bei welchem Arzt? _____

Nein

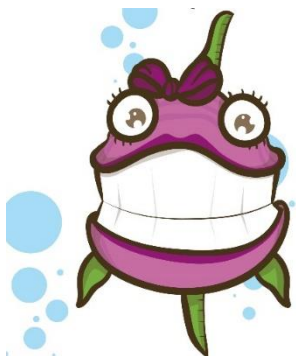
Erklärung des Erziehungsberechtigten:

Wir versichern Ihnen die rechtmäßige, vertrauliche und transparente Verarbeitung Ihren Daten. Bei Aufnahme eines weiteren Behandlers, dem Ausscheiden eines Behandlers oder bei Veräußerung der Praxis werden wir Ihre Behandlungsdaten an die neuen Behandler oder an den Nachfolger übergeben. Wir werden jedoch im Rahmen eines Einstiegs-, bzw. Übergabevertrages dafür Sorge tragen, dass nur dann auf die Behandlungsdaten zurückgegriffen wird, wenn Sie sich entschließen, bei dem jeweiligen Behandler Patient zu werden. Durch diese begrenzte Schweigepflichtsentbindungserklärung stellen Sie sicher, dass Sie immer eine optimale zahnmedizinische Versorgung erhalten und wichtige Daten dem Behandler Ihrer Wahl jederzeit zur Verfügung stehen.

Ich willige ein, dass die personenbezogenen Daten meines Kindes (Name, Vorname, Adresse) per Post (Postkarte) im Rahmen des [Recalls](#) verarbeitet werden dürfen, damit die halbjährlichen Kontrollen nicht vergessen werden

Ich habe diesen Fragebogen mit meinem/r Sohn/Tochter zusammen ausgefüllt. Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit der Angaben, habe alle Sachverhalte zur Kenntnis genommen und bin mit diesen Einverstanden. Über die Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten sowie der meines Kindes bin ich transparent informiert worden. Mit meiner Unterschrift bestätige ich, das diesbezügliche schriftliche Informationsschreiben erhalten , zur Kenntnis genommen und verstanden zu haben.

Bitte teilen Sie uns Änderungen Ihrer Anschrift oder anderer Angaben rechtzeitig mit!



Vielen Dank!

Datum _____

Unterschrift Sorgeberechtigte(r)/Erziehungsberechtigten/Vormund/gesetzlicher Vertreter

Einwilligungserklärung zur Verarbeitung personenbezogener Daten laut Art. 7 DSGVO

Liebe Patientin, lieber Patient, liebe Eltern,

den Schutz Ihrer Daten nehmen wir sehr ernst. Aus diesem Grund verarbeiten wir keine Ihrer Daten, welche nicht zum Zwecke des Behandlungsvertrages benötigt werden. Diese verarbeiten wir nur, wenn Sie von Ihrem Recht auf Datenübertragbarkeit (Art. 20 DSGVO) gebrauch machen, wenn wir Ihre Daten von anderen einfordern oder wenn Ihre Daten aus einem Zweck verarbeitet werden sollen, welcher für die Erfüllung des Behandlungsvertrags nicht notwendig ist. Dafür benötigen wir jedoch Ihre Einwilligung (Art. 7 Abs. 1 DSGVO).

Bitte beachten Sie,

- dass Sie jederzeit und ohne Angabe von Gründen das Recht haben, jede einzelne oder alle Einwilligung/en widerrufen zu können (Art. 7 Abs. 3 DSGVO).
- dass alle Ihre eingewilligten Datenverarbeitungsverfahren bis zum Tage Ihres Widerrufs Gültigkeit besitzen. Durch Ihren Widerruf können die bereits durchgeführten Datenverarbeitungsverfahren, welche bis zum Tag des Widerrufs durchgeführt wurden, nicht rückwirkend widerrufen werden (Art. 7 Abs. 3 DSGVO).
- dass jede Ihrer Einwilligung auf freiwilliger Basis ist (Art. 7 Abs. 4 DSGVO).

Ich (Name, Geburtsdatum) _____ erkläre mich für mein Kind (Name, Geburtsdatum) _____ einverstanden, dass ...

An welche folgenden Personen, dürfen wir Ihre personenbezogenen Daten übermitteln und/oder anfordern?	
Familienangehörige / Freunde / Lebenspartner: Name / Ort:	<input type="checkbox"/> übermitteln <input type="checkbox"/> anfordern
Zahnarzt: Name / Ort:	<input type="checkbox"/> übermitteln <input type="checkbox"/> anfordern
Logopäde / Physiotherapeut: Name / Ort:	<input type="checkbox"/> übermitteln <input type="checkbox"/> anfordern
Hausarzt / Kinderarzt: Name / Ort:	<input type="checkbox"/> übermitteln <input type="checkbox"/> anfordern
Sonstige Ärzte / Klinik: Name / Ort:	<input type="checkbox"/> übermitteln <input type="checkbox"/> anfordern

Ort/Datum

Unterschrift

Informationen zur Verarbeitung Ihrer/Eurer personenbezogenen Daten laut Art. 13 DSGVO

Liebe Patientinnen und Patienten, Liebe Eltern,



ab dem 25.05.2018 gilt die neue EU-Datenschutz-Grundverordnung (EU-DSGVO). Dies ist eine Verordnung der Europäischen Union. Mit dieser wurden die Regeln für die Verarbeitung von personenbezogenen Daten europaweit vereinheitlicht.

Die EU-DSGVO hilft und gewährt Einzelpersonen (also Ihnen/Euch) in der EU mehr Kontrolle und Transparenz über die Verwertung bzw. Verarbeitung Ihrer/Eurer Daten zu erhalten. Zudem werden damit Unternehmen, welche die Daten dieser Einzelpersonen verarbeiten (somit auch wir - die Seasmile), bestimmte Verpflichtungen auferlegt.

Eine Verpflichtung lautet, Ihnen/Euch über die nachfolgenden Informationen schriftlich und kostenlos zu informieren. Da wir den Datenschutz sehr ernst nehmen, bitten wir Sie/Euch, sich einen Moment Zeit zu nehmen, um diese Informationen zu lesen.

Euer Seasmile-Praxisteam

Hinweise zum Datenschutz Ihrer/Eurer Daten an Bord der Seasmile

Um Euch/Sie bei uns an Bord zahnärztlich und kieferorthopädisch behandeln zu können, erheben wir Daten zu Eurer/Ihrer Person, zu Eurem/Ihrem Versichertenstatus sowie zu Eurem/Ihren Gesundheitszustand. Diese Daten werden entsprechend der datenschutzrechtlichen Vorgaben der EU-DS-GVO behandelt.

Mit Hilfe der nachfolgenden Informationen könnt Ihr/können Sie sich einen Überblick darüber verschaffen, welche Daten wir erheben und wie wir diese verarbeiten. Habt Ihr/Haben Sie Fragen oder ist etwas unklar? Kein Problem! Unsere Kapitänscrew steht Euch/Ihnen sehr gerne unter den folgenden Kontaktdaten zur Verfügung:

Verantwortlicher Kapitän:

Dr. Nina Zeitler Hofmannstr. 32 91052 Erlangen
T. 09131 – 923 18 10 F. 09131 – 923 18 11
info@seasmile.de www.seasmile.de



Art der erhobenen Daten:

Die folgenden personenbezogenen Daten von Ihnen/Euch werden von uns ganz oder teilweise erhoben, wenn Sie mit uns z. B. per E-Mail, Post oder Telefon in Kontakt treten oder sich zur zahnärztlichen oder kieferorthopädischen Behandlung bei uns vorstellen:

Patientendaten

Stammdaten → persönliche Angaben des Patienten und ggf. des Versicherten wie Name, Vorname, Titel, Zusatz, Anschrift, Geburtsdatum, Telefonnummer(n), Geschlecht, Krankenkasse, Versicherungsnummer, Versichertenstatus (z. B. Familienversichert), Gültigkeit der Krankenkassenskarte, Kassenummer, automatisch generierte Patientenummer, kieferorthopädischer Behandlungsstatus

Zusatzdaten → ggf. extra Rechnungsanschrift, weitere/andere behandelnde Ärzte (Überweiser, Kinder-, Haus-, Zahn- und HNO-arzt, kieferorthopädischer Vor- oder Weiterbehandler, Kieferchirurgen, Logopäden, Physiotherapeuten), ggf. Bankverbindung (Name, Vorname, Anschrift, Geburtsdatum, Anrede und Telefonnummer des Kontoinhabers/ der Kontoinhaberin, Bankname, Kontonummer, Bankleitzahl, IBAN-Nummer, BIC)

Status → Eintrittsdatum, Endablagedatum, eMail-Adresse, Mobiltelefonnummer, evtl. ob eine Behinderung vorliegt, Merkmale des Patienten (z. B. Zustimmung zum Recall)

Gesundheitsdaten → Krankengeschichte mit Krankenvorgeschichte (Anamnese), Datum einer bei uns durchgeführten zahnärztlichen oder kieferorthopädischen Behandlung sowie medizinisch erbrachte Leistungen, Befund, Diagnose, Modelle, Therapiemaßnahmen, Röntgenbilder, mögliche Komplikationen, Gesprächs- und Telefonnotizen

Fotos → Patientenportraits bzw. Fotos des Gesichts, des Mund- und Kieferbereiches sowie der Zähne

Termine → Ihre geplanten/offenen, wahrgenommen/erledigten, verschobenen und versäumten Termine.

Zahlungsverkehr → Datum einer erstellten Rechnung, Rechnungsnummer, unser Zeichen, Mahnung, Betrag, Gebühr, Buchungen, Zahlungsmoral.

Zwecke der Datenverarbeitung und Rechtsgrundlage für die Verarbeitung:



Stammdaten & Gesundheitsdaten & Termine → zum Zwecke der Erfüllung des Behandlungsvertrags inkl. zur Rechnungslegung und ggf. im Rahmen des Mahnwesens sowie zur Abrechnung gegenüber der KZVB (Art. 6 Abs. 1 lit. b DSGVO).

Ihre Behandlungsdaten werden im Rahmen einer kieferorthopädischen Behandlung ggf. an zahntechnische Labore zur Herstellung von zahnärztlichen und/oder kieferorthopädischen Apparaturen übermittelt. Dies veranlassen wir jedoch nur mit Ihrer schriftlichen Einwilligung (Art. 6 Abs. 1 lit. a DSGVO).

Im Rahmen einer kieferorthopädischen Behandlung werden wir ggf., sofern wiederholt Kontrolltermine nicht eingehalten oder eine schlechte Mundhygiene festgestellt werden, zunächst Ihnen und anschließend Ihrer zuständigen Krankenkasse über die mögliche Gefährdung der Behandlung informieren sowie ggf. die Behandlung abbrechen. Dazu sind wir gemäß §4 Ziffer 5 KV/Z (VDAK) bzw. §16 Abs. 4 BMV/Z (Primärkassen) verpflichtet.

Sollte eine Behandlung unter Vollnarkose von Nöten sein, werden wir Ihre Stamm- und Gesundheitsdaten zur Behandlungsplanung und -durchführung an unsere mitbehandelnde und kooperierende Gemeinschaftspraxis für Anästhesie und spezielle Schmerztherapie weiterleiten (Erfüllung des Behandlungsvertrags gemäß Art. 6 Abs. 1 lit. b DSGVO). Aus datenschutzrechtlicher Sicht ist diese Praxis eigenverantwortlich (Stand: 01.10.2018 - Bayerisches Landesamt für Datenschutzaufsicht).

Ihre Stamm- und Rechnungsdaten werden zudem an unser externes Rechenzentrum zur Abrechnung und Rechnungslegung der erbrachten Leistungen übertragen. Nach art. 6 Abs. 1 lit. a DSGVO geschieht dies nicht, [ohne Ihre schriftliche Einwilligung](#).

Zusatzdaten → die evtl. vorhandene extra Rechnungsanschrift wird zum Zwecke der Erfüllung des Behandlungsvertrags im Rahmen der Rechnungslegung (Art. 6 Abs. 1 lit. b DSGVO) benötigt.

Die Angaben Ihrer weiteren/anderen Ärzte werden wir nur speichern, sofern Sie uns diese ausschließlich schriftlich und freiwillig auf dem Anamnesebogen und/oder auf der Einwilligungserklärung mit angeben (Art. 6 Abs. 1 lit. a DSGVO). Diese Angaben benötigen wir, um über Ihren Behandlungsverlauf und ggf. wichtige medizinische Informationen im Rahmen eines Arztbriefes zu berichten bzw. einen Arztbrief von anderen Ärzten anzufordern, Röntgenbilder zu übermitteln oder anfordern zu können sowie Sie zur zahnärztlichen Weiterbehandlung an andere Ärzte zu überweisen. Diese genannten Verarbeitungen Ihrer Daten werden wir [nicht ohne Ihre schriftliche Einwilligung durchführen](#).

Ihre Kontodaten (Bankverbindung) speichern und verarbeiten wir ggf., wenn wir offene Forderungen auf Ihren Wunsch hin per SEPA-Lastschrift einziehen sollen oder wenn Sie evtl. eine Ratenzahlung wünschen. Dies geschieht nur, wenn Sie uns die diesbezügliche Ratenzahlungsvereinbarung und/oder das SEPA-Lastschriftmandat ausstellen und somit [schriftlich Ihre Einwilligung](#) erteilen (Art. 6 Abs. 1 lit. a DSGVO). Darüber hinaus können Ihre Bankdaten, sofern Sie eine Überweisung tätigen, auf den Kontoauszügen des Geschäftskontos stehen. Die Kontoauszüge werden zur Finanzbuchhaltung verwendet (§§ 140 und 141 AO).

Status → zum Zwecke der Erfüllung des Behandlungsvertrags (Art. 6 Abs. 1 Buchstabe b DS-GVO) und um Sie an Ihre regelmäßigen Kontrolltermine zu erinnern. Zur Erinnerung schicken wir Ihnen eine Postkarte. Dies tun wir jedoch nur, wenn Sie uns Ihre [schriftliche Einwilligung](#) erteilen (Art. 6 Abs. 1 lit. a DSGVO).

Fotos → zum Zwecke der kieferorthopädischen diagnostischen Planung und therapeutischen Umsetzung. Anders ausgedrückt, brauchen wir die Fotos, um eine optimale Zahnspange planen zu können sowie den kieferorthopädischen Behandlungsverlauf kontrollieren und ggf. anpassen zu können (Art. 6 Abs. 1 lit. b DSGVO).

Zahlungsverkehr → Das Erstellen/Schreiben/Zusenden von Rechnungen und Zahlungserinnerungen/Mahnungen erfolgt zur Rechnungslegung und ggf. im Rahmen des Mahnwesens. Bei Zahlungsverzug werden Ihre offenen Forderungen an unsere Anwaltschaft als weiterführende Maßnahme im Rahmen des Mahnwesens weitergeleitet (Berechtigtes Interesse gemäß Art. 6 Abs. 1 lit. f DSGVO).

Empfänger der Daten:

Interne Mitarbeiter (sind zur Verschwiegenheit verpflichtet und haben eine Verschwiegenheitserklärung unterschrieben); Kassenzahnärztliche Vereinigung Bayerns (KZVB); Krankenkassen; Zahntechnische Labore; Gemeinschaftspraxis für Anästhesie und spezielle Schmerztherapie; Firma der Zahnarztsoftware; IT-Firma „DaVinci“; Firma der iPad-Software „Synmedico“; externes Rechenzentrum „PVS Reiss GmbH“, Steuerberater; Rechtsanwälte, ggf. weitere/andere behandelnde Ärzte.

Dauer der Datenspeicherung bzw. Löschfristen:

Aufzeichnung über zahnärztliche Behandlungen (Befundaufnahme, Aufklärungsbögen, Einwilligungen, zahnärztliche Behandlungsdaten, diagnostische Unterlagen, Fotos, Gutachten, Arztbriefe), Durchschrift von Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen, Heil- und Kostenpläne KBR, PAR, ZE, Materialbelege (KBR, Kfo, ZE), Modelle für Planung und Situation ZE (andersartige Versorgung und Mischfälle), Terminbuch: **10 Jahre nach Abschluss der Behandlung bzw. nach der letzten Untersuchung (Löschung frühestens nach 10 Jahren und 1 Tag, spätestens nach 11 Jahren)** (§ 630f Abs. 3 BGB2, § 12 Abs. 1 MBO, § 147 Abs. 1, 3, 4 AO).

Modelle für Planung und Situation KBR, PAR (privat): **2 Jahre nach Abschluss der Behandlung (Vernichtung/Löschung frühestens nach 2 Jahren und 1 Tag, spätestens nach 3 Jahren)** (§ 12 Abs. 1 MBO z. B. LZK BW, ZÄK Bremen/W).

Modelle für Planung und Situation Kfo und Modelle für Planung und Situation ZE (Regel- und gleichartige Versorgung): **4 Jahre nach Abschluss der Behandlung (Vernichtung/Löschung frühestens nach 4 Jahren und 1 Tag, spätestens nach 5 Jahren)** (§ 5 Abs. 2 BMV-Z, § 7 Abs. 3 Satz 2 EKV-Z).

Laborrechnungen: **10 Jahre nach Abschluss der Behandlung bzw. nach der letzten Untersuchung (Löschung frühestens nach 10 Jahren und 1 Tag, spätestens nach 11 Jahren)** (§ 147 Abs. 3 Satz 1 AO, § 147 Abs. 1 Nr. 4 AO).

Röntgenaufnahmen und Aufzeichnungen über Röntgenuntersuchungen: **10 Jahre nach der letzten Untersuchung Ausnahme: bei Kindern und Jugendlichen unter 18 Jahren bis zur Vollendung des 28. Lebensjahres (Löschung frühestens nach 10 Jahren und 1 Tag, spätestens nach 11 Jahren)** (§ 28 Abs. 3 Satz 2 und 3 RöV).

Ebenfalls wichtig zu wissen – Ihre/Eure Betroffenenrechte:



Sie haben jederzeit das Recht auf unentgeltliche Auskunft über Ihre gespeicherten personenbezogenen Daten, deren Art (z. B. Name, Adresse, Telefonnummer), Empfänger (z. B. Krankenkassen) und den Zweck der Datenverarbeitung (z. B. Erfüllung des Behandlungsvertrags, zum Zwecke des Recall-Systems) sowie ein Recht auf Berichtigung, Archivierung, Einschränkung oder Löschung dieser Daten. Diesbezüglich verweisen wir jedoch auf die gesetzliche Verpflichtung (§630f BGB), bestimmte personenbezogene Daten zum Zwecke der Ausführung des Behandlungsauftrags zu erheben sowie auf die gesetzlichen Aufbewahrungsfristen (z. B. Löschung der Patientenakte erst nach 10 Jahren möglich - § 630f Abs. 3 BGB, § 12 Abs. 1 MBO).

Zusätzlich dazu haben Sie das Recht auf Datenübertragbarkeit (Art. 20 DSGVO). Das bedeutet, dass wir Ihre personenbezogenen Daten (z. B. auch Röntgenbilder), sofern Sie dies wünschen, z. B. an andere Ärzte im Rahmen einer Überweisung weiterleiten oder ggf. von anderen Ärzten einfordern dürfen. Da diese Art der Verarbeitung Ihrer Daten jedoch über den konkreten Behandlungszweck hinaus geht, benötigen wir dafür Ihre schriftliche Einwilligung, welche Sie jederzeit und ohne eine Angabe von Gründen ganz oder teilweise widerrufen können. Sprechen Sie diesbezüglich gerne unsere Crewmitglieder an. Diese werden für Sie alle nötigen Maßnahmen einleiten.

Darüber hinaus haben Sie das Recht, sofern Sie im Zusammenhang mit der Verarbeitung Ihrer Daten einen entsprechenden Anlass sehen, eine Beschwerde bei der für unsere Praxis zuständigen Datenschutzaufsichtsbehörde einreichen:

[Bayrische Landesamt für Datenschutzaufsicht, Promenade 27, 91522 Ansbach](#)

[E-Mail: poststelle@lda.bayern.de](mailto:poststelle@lda.bayern.de)

Bitte beachten Sie, dass die Daten nur zu dem o.a. Zweck verarbeitet werden. Sollten die von Ihnen erhobenen Daten für einen anderen Zweck weiterverarbeitet werden, informieren wir Sie hierrüber gesondert und teilen Ihnen diese Zweckveränderung mit.

Euer Seasmile-Praxisteam

