



**Dr. Dr. C. Hoffmann | Dr. Dr. U. Bötzel | Dr. Chr. Roßmann**  
- Ärzte für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie -  
- plastische Operationen -  
- Implantologie -

Für Ihr Krankenblatt erbitten wir folgende Angaben, die selbstverständlich unter die ärztliche Schweigepflicht fallen. Teilen Sie unserer Praxis bitte auch künftig Änderungen Ihres Gesundheitszustandes mit! **Danke.**

Name	Vorname	Geb. Datum
Name des Versicherten	Vorname	Geb. Datum
Straße   Haus-Nr.	PLZ   Ort	
Telefon (Festnetz)	Telefon (Mobil)	
E-Mail		
Krankenkasse	Beruf   Arbeitgeber	
überweisende Zahnarzt bzw. Hausarzt		

Für eventuelle Rückfragen können wir Sie wie folgt kontaktieren:

- telefonisch privat \_\_\_\_\_
- telefonisch dienstlich \_\_\_\_\_
- via Fax \_\_\_\_\_
- via E-Mail \_\_\_\_\_

Ich bin damit einverstanden, dass meine Behandlungsdaten/Befunde/Röntgenaufnahmen durch die Praxis Dres. Hoffmann | Bötzel | Roßmann an meinen weiterverhandelnden Zahnarzt/Arzt und ggf. Pathologen zu Dokumentations- und Weiterbehandlungszwecken übermittelt werden.

Ich bin darüber informiert, dass ich diese Erklärung jederzeit und ohne Angaben von Gründen mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Patienten oder des Erziehungsberechtigten

Fragen zur Anamnese befinden sich auf der Rückseite ➡

1. Hatten/haben Sie eine der folgenden Krankheiten:

- Asthma (schwere Atemnot)  ja  nein
- Allergische Reaktionen (wie Heuschnupfen)  ja  nein  
wenn **ja**, welche? \_\_\_\_\_
- Unverträglichkeit von Medikamenten  ja  nein  
wenn **ja**, welche? \_\_\_\_\_
- Blutdruck  niedrig  hoch  normal
- wenn **ja**, bitte ankreuzen:
  - Herzinfarkt  Schlaganfall  Lähmungen
  - Zuckerkrankheit  Gelbsucht  Leberkrankheiten
  - Rheuma  Bluterkrankung  Blutgerinnungsstörung
  - HIV-Infektion  TBC  Schilddrüsenerkrankung
  - Epilepsie  Hepatitis (B/C)  MRSA
- sonstiges \_\_\_\_\_

2. Tragen Sie einen Herzschrittmacher?  ja  nein

3. Wann war die letzte Röntgenuntersuchung? \_\_\_\_\_

Wünschen Sie Informationen zum dreidimensionalen Röntgen (DVT)?  ja  nein

4. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente/Drogen?  ja  nein

ggf. welche? \_\_\_\_\_

5. Besteht eine Schwangerschaft?  ungewiss  ja  nein

ggf. wievielte Woche? \_\_\_\_\_

### Aufklärung

Sie werden über Ihre Erkrankung (bzw. die Erkrankung Ihres Kindes) und deren Behandlungsmöglichkeiten vor der Operation informiert.

Die typischen Gefahren der Eingriffe im Mund-, Kiefer- und Gesichtsbereich sind Herz- und Kreislaufwirkung des lokalen Betäubungsmittels, Wundheilungsstörung, Entzündung, Bluterguss, ungünstige Narbenbildung, Gefährdung von Nachbarzähnen sowie die Beeinträchtigung von Nerven (Gefühls- und Funktionsstörung, Missempfindungen). Diese Gefahren sind auch bei sorgfältigster Behandlung möglich!

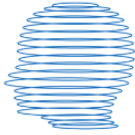
Bei weitergehenden Fragen bitten wir Sie, uns **vor** der Operation anzusprechen.

Bitte beachten Sie, dass die Fahrtüchtigkeit unter Einfluss von Medikamenten oder Injektionen zur Betäubung für **4-6 Stunden** beeinträchtigt sein kann.

**Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Kenntnisnahme „Informationsblatt Datenschutz“ sowie die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben.**

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Patienten oder des Erziehungsberechtigten



**Dr. Dr. C. Hoffmann | Dr. Dr. U. Bötzel | Dr. Chr. Roßmann**  
**- Ärzte für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie -**  
**- plastische Operationen -**  
**- Implantologie -**

## Patienteninformation zum Datenschutz

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,  
der Schutz Ihrer personenbezogenen Daten ist uns wichtig. Nach der EU Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO) 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 in puncto Datenschutz haben.

### 1. VERANTWORTLICHKEIT FÜR DIE DATENVERARBEITUNG

Name	Dres. Hoffmann   Bötzel   Roßmann
Anschrift	Mürwiker Straße 91   24943 Flensburg
Telefon	0461 310405
Fax	0461 310109
E-Mail	info@kieferchirurgie-flensburg.de
Internet-Adresse	www.kieferchirurgie-flensburg.de

### Angaben zur Person des Datenschutzbeauftragten

Name	Anne Ahrens
Anschrift	Mürwiker Straße 91   24943 Flensburg
Telefon	0461 310405
Fax	0461 310109
E-Mail	info@kieferchirurgie-flensburg.de

### 2. ZWECK DER DATENVERARBEITUNG

Die Datenverarbeitung erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben, um den Behandlungsvertrag zwischen Ihnen und Ihrem Zahnarzt/Arzt und die damit verbundenen Pflichten zu erfüllen.

Hierzu verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten, insbesondere Ihre Gesundheitsdaten. Dazu zählen Anamnesen, Diagnosen, Therapievorschlüsse und Befunde, die wir oder andere Zahnärzte/Ärzte erheben. Zu diesen Zwecken können uns auch andere Zahnärzte/Ärzte oder Psychotherapeuten, bei denen Sie in Behandlung sind, Daten zur Verfügung stellen (z.B. in Arztbriefen).

Die Erhebung von Gesundheitsdaten ist Voraussetzung für Ihre Behandlung. Werden die notwendigen Informationen nicht bereitgestellt, kann eine sorgfältige Behandlung nicht erfolgen.

### 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 Zahnärzte/Ärzte, Kassenärztliche Vereinigungen, Kassenzahnärztliche Vereinigungen, Krankenkassen, der Medizinische Dienst der Krankenversicherung, Zahnärztekammern, Ärztekammern und privatärztliche Verrechnungsstellen 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 berechnete Empfänger.

### 4. SPEICHERUNG IHRER DATEN

Wir bewahren Ihre personenbezogenen Daten nur solange auf, wie dies für die Durchführung der Behandlung 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, zum Beispiel 30 Jahre bei Röntgenaufzeichnungen laut § 28 Absatz 3 der Röntgenverordnung.

### 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 Anschrift der für uns zuständigen Aufsichtsbehörde lautet:  
Unabhängiges Landeszentrum für Datenschutz Schleswig-Holstein (ULD)  
Holstenstraße 98  
24103 Kiel

### 6. RECHTLICHE GRUNDLAGEN

Rechtsgrundlage für die Verarbeitung Ihrer Daten ist Artikel 9 Absatz 2 lit. h) DS-GVO in Verbindung mit § 22 Absatz 1 Nr. 1 lit. b) Bundesdatenschutzgesetz. Sollten Sie Fragen haben, können Sie sich gern an uns wenden.

Ihr Praxisteam