



# ANZER ZAHNARZTPRAXIS

Ihr Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Name des Versicherten, falls dieser abweicht \_\_\_\_\_

Postleitzahl/Wohnort \_\_\_\_\_ Straße/Hausnummer \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_

Beruf \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_ Telefon tagsüber \_\_\_\_\_

Name und Anschrift Ihres Hausarztes \_\_\_\_\_

Name Ihrer Krankenkasse \_\_\_\_\_

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> pflichtversichert     | <input type="checkbox"/> privat versichert |
| <input type="checkbox"/> Zusatzversicherung    | <input type="checkbox"/> Beihilfe          |
| <input type="checkbox"/> freiwillig versichert | <input type="checkbox"/> nicht versichert  |

## Allgemein

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein? \_\_\_\_\_

Haben Sie Allergien? \_\_\_\_\_

Sind Sie schwanger? \_\_\_\_\_

Rauchen Sie? \_\_\_\_\_

- |                               |   |
|-------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja, gegen _____        |
| <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja                     |
| <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> bis 10 Zigaretten/Tag  |
|                               | <input type="checkbox"/> über 10 Zigaretten/Tag |

## Erkrankungen

- |                         |                             |                               |
|-------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Hoher Blutdruck         | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Herzerkrankung          | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Herzschrittmacher       | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Blutgerinnungsstörungen | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Diabetes                | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Gelbsucht/Hepatitis     | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| HIV/Aids                | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

Sonstiges \_\_\_\_\_

Recall erwünscht?  ja  nein  Postkarte  E-Mail

Folgende Personen dürfen für mich Rezepte/Befunde/o.Ä. abholen:

\_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_

# PATIENTENINFORMATIONEN ZUM DATENSCHUTZ

Ihre Behandlungsdaten werden in unserer Zahnarztpraxis in Papierform (Karteikarte) und elektronisch erfasst und gespeichert; sie unterliegen dem am 25. Mai 2018 in Kraft tretenden gesetzlichen Datenschutzbestimmungen (EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO), Bundesdatenschutzgesetz (BDSG)).

Ich bin damit einverstanden, dass in der Zahnarztpraxis Dr. Julia Anzer und von deren Mitarbeiter meine Daten verwendet werden können und meine Daten im Rahmen der gesetzlich vorgegebenen Aufbewahrungsfrist aufbewahrt werden dürfen. Alle Mitarbeiter der Zahnarztpraxis Dr. Julia Anzer unterliegen der gesetzlichen Schweigepflicht.

Verantwortlich für die Datenverarbeitung ist:

Zahnarztpraxis Dr. Julia Anzer  
Bahnhofstraße 35  
92690 Pressath  
Tel.: 09644/6390      E-Mail: [kontakt@zahnarztpraxis-anzer.de](mailto:kontakt@zahnarztpraxis-anzer.de)

Sie haben das Recht auf:

- Auskunft auf Ihre personenbezogenen Daten zu erhalten
- Berichtigung unrichtiger Daten
- Löschung von Daten
- Einschränkung der Datenverarbeitung
- Datenübertragbarkeit

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 Meinung sind, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht rechtmäßig erfolgt.

Die Anschrift der für uns zuständigen Aufsichtsbehörde lautet:

Bayerisches Landesamt für Datenschutzaufsicht  
Promenade 27 (Schloss)  
91522 Ansbach  
Tel.: 0981/53-1300      E-Mail: [poststelle@lda.bayern.de](mailto:poststelle@lda.bayern.de)

Rechtsgrundlage für die Verarbeitung Ihrer Daten ist Artikel 9 Abs. 3 lit. h (DSGVO in Verbindung mit §22 Abs. 1 Nr. 1 lit. b) Bundesdatenschutzgesetz. Sollten Sie Fragen haben, können Sie sich gerne an uns wenden.

Ort/Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_