



# BERGER DENTAL

## ANMELDEBOGEN

Bitte füllen Sie diesen Anmeldebogen sorgfältig aus. Vielen Dank!  
Die Informationen zur Erhebung personenbezogener Daten sind in der Praxis einsehbar.

Was ist der Grund Ihres Besuchs? (z.B. Schmerzen, Zahnfleischbluten etc.)

---

NAME

TELEFONNR. TAGSÜBER\*

VORNAME

TELEFONNR. ABENDS\*

GEBURTSDATUM

TELEFONNR. MOBIL\*

STRASSE

EMAIL\*

PLZ, ORT

BERUF\*

Ich bin  gesetzlich versichert  
 freiwillig versichert  
 familienversichert

Ich bin  über meine Frau versichert  
 über meinen Mann versichert  
 über meine Mutter versichert  
 über meinen Vater versichert

NAME DER KRANKENKASSE

NAME DES VERSICHERUNGSNEHMERS

GEBURTSDATUM DES VERSICHERUNGSNEHMERS

Sind Sie zurzeit in ärztlicher Behandlung?  
Wenn ja, wegen welcher Erkrankung?

Ja  Nein

---

NAME IHRES HAUSARZTES\*

SITZ DES HAUSARZTES\*

**BERGER DENTAL**  
Moderne Zahnheilkunde

Bahnhofstraße 5  
71672 Marbach a. N.  
T 07144 81.88.90.0  
F 07144 81.88.90.9  
M marbach@bergerdental.de

Ringstraße 6/1  
71729 Erdmannhausen  
T 07144 343.63  
F 07144 378.62  
M erdmannhausen@bergerdental.de

[www.bergerdental.de](http://www.bergerdental.de)



Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?  Ja  Nein  
Wenn ja, welche?

---

Gegen welche Materialien oder Medikamente besteht bei Ihnen eine Überempfindlichkeit?

---

Rauchen Sie?  Ja  Nein  
Wenn ja, wie viel und seit wann?

---

Haben oder hatten Sie folgende Krankheiten?  Schlaganfall  Lähmung  
Wenn ja, wann?  Herzinfarkt

---

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Keine Krankheiten         | <input type="checkbox"/> Herzasthma            | <input type="checkbox"/> Tuberkulose            |
| <input type="checkbox"/> Asthma (schwerer Atemnot) | <input type="checkbox"/> Herzpass              | <input type="checkbox"/> Zuckerkrankheit        |
| <input type="checkbox"/> Bluterkrankung            | <input type="checkbox"/> Herzschrittmacher     | <input type="checkbox"/> Zu hoher Blutdruck     |
| <input type="checkbox"/> Blutgerinnungsstörungen   | <input type="checkbox"/> HIV Infektion         | <input type="checkbox"/> Zu niedriger Blutdruck |
| <input type="checkbox"/> Erhöhte Blutneigung       | <input type="checkbox"/> Magen-Darm-Erkrankung | <input type="checkbox"/> Lebererkrankung        |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis (A) (B) (C)     | <input type="checkbox"/> Osteoporose           |   |

Für weibliche Patienten: sind Sie Schwanger?  Ja  Nein  
Wenn ja, in welcher Woche?

---

Wurden in den letzten 2 Jahren Röntgen-  
aufnahmen im Kieferbereich angefertigt?  Ja  Nein

---

NAME IHRES ZAHNARZTES

SITZ DES ZAHNARZTES

Sollen die Bilder anfordert werden?  Ja  Nein



Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?\*

Facebook

Google

Jameda

Auf Empfehlung von

\_\_\_\_\_  
VOR- UND NACHNAME

Internet

\_\_\_\_\_  
NAME DER INTERNETSEITE

Sonstige

\_\_\_\_\_

Möchten Sie von uns an vereinbarte Termine erinnert werden?\*

Ja

Nein

Möchten Sie an Ihren jährlichen Vorsorgetermin erinnert werden?\*

Ja

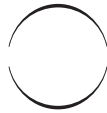
Nein

Wir nehmen uns Zeit für Sie! Sollten Sie einen Termin nicht wahrnehmen können, so bitten wir um frühzeitige Absage: bei einer Kurzbehandlung 12 und bei einer Langzeitbehandlung 48 Stunden vorher. Vielen Dank!

Sollten Sie einen fest vereinbarten Termin nicht wahrnehmen, ohne uns über diesen Umstand rechtzeitig vorher in Kenntnis gesetzt zu haben, darf ich Sie darauf aufmerksam machen, dass Ihnen in diesem Fall der Behandlungstermin gemäß §§ 615, 611 BGB in Rechnung gestellt werden kann.

\_\_\_\_\_  
ORT, DATUM

\_\_\_\_\_  
UNTERSCHRIFT



# BERGER DENTAL

## INFORMATIONEN ZUR ERHEBUNG PERSONENBEZOGENER DATEN

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

wir möchten Sie gerne 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. 1b) 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. 2h) EU-DSGVO folgt.

Verantwortlich für die Erhebung und Speicherung der Daten ist Alfred Berger.

Sie erreichen ihn unter der Praxisanschrift:

BERGER DENTAL

Bahnhofstr.5    **E** marbach@bergerdental.de  
71672 Marbach    **T** 07144 81.88.90.0

Unsere Datenschutzbeauftragte Kathrin Schraud erreichen Sie ebenfalls unter der oben angegebenen Adresse.

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.

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.

Ihr Praxisteam von  
Berger Dental