



**DR. CORNELIA LÖRNER**  
**FACHPRAXIS FÜR KIEFERORTHOPÄDIE**

### Öffnungszeiten:

Mo. 10.00 – 12.30 14.00 – 19.00  
 Di. 08.00 – 12.00 13.30 – 17.30  
 Mi. 08.00 – 12.30  
 Do. 08.00 – 12.00 13.30 – 17.30  
 Fr. 07.30 – 12.00 13.00 – 15.00

Türltorstraße 4 · 3. OG  
 85276 Pfaffenhofen  
 Tel. 08441 40555-40  
 Fax 08441 40555-55  
 info@dr-loerner.de

*Wir nehmen uns Zeit für Sie. Bitte haben Sie Zeit für Ihre Behandlung!*

## Erfassungsbogen Praxis Dr. Cornelia Lörner

Nachname des <b>Patienten</b>		Hauptversicherter / Bei wem ist Ihr Kind mitversichert? Nachname
Vorname des <b>Patienten</b>	Geburtsdatum	Vorname des Hauptversicherten
Straße, Hausnummer		Geburtsdatum des Hauptversicherten
PLZ, Ort		
Telefon		Handynummer Eltern
Zahnarzt		E-Mail (privat)
Krankenkasse		Geschwister bereits in KFO Behandlung

### Erziehungsberechtigt sind:

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ geb.-Datum: \_\_\_\_\_ m w  
 Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ geb.-Datum: \_\_\_\_\_ m w

Verheiratet  geschieden  Zusammenlebend (nicht verheiratet)  verwitwet

ggf. abweichende Anschrift des Elternteils : \_\_\_\_\_  
 Telefon-Nr.: \_\_\_\_\_

(Pflegeeltern Nein Ja ->bitte halten sie Rücksprache mit unserer Anmeldung)

Bei **getrennt** lebenden / geschiedenen Eltern, wo beide Elternteile erziehungsberechtigt sind, ist vorab eine Absprache beider Erziehungsberechtigten erforderlich. Außerdem wird die Unterschrift zum Einverständnis der Behandlung **beider** Eltern vor Behandlungsbeginn benötigt.

Sind Sie damit einverstanden, dass wir mit dem von Ihnen angegebenen/gewählten Zahnarzt, Arzt, sonstigen Behandler, in Kontakt treten, mit ihm kommunizieren und Daten an ihn weiterleiten dürfen?

Ja  Nein

Sind Sie einverstanden, dass wir für den Terminservice, den im Sinne des Datenschutzes ungeschützten Weg der SMS an die von Ihnen angegebene Handy Nummer wählen.

Ja  Nein

**Achtung: Bei ja muss oben E-Mail bzw./und Handynummer angegeben sein!**

Um Ihnen zu lange Wartezeiten zu ersparen und einen reibungslosen Ablauf in unserer Praxis zu gewährleisten, werden die Termine für Ihre Behandlung im Bestellbuch reserviert. Sollten Sie verhindert sein, bitten wir Sie dringend rechtzeitig, spätestens 24 Std. vorher, Ihre Termine abzusagen. Andernfalls können wir Ihnen ggf. ein Ausfallhonorar in Rechnung stellen.

Ihre Behandlungsdaten werden in unserer Praxis elektronisch gespeichert; sie unterliegen den gesetzlichen Datenschutzbestimmungen. Diese sind öffentlich gegenüber der Anmeldung einsehbar.

Wir bitten Sie um unverzügliche Meldung bei Änderung aller Angaben (insbesondere Krankheiten, Kassenwechsel, Versicherter, Adressänderung etc.).





**Öffnungszeiten:**

Mo. 10.00 – 12.30 14.00 – 19.00  
 Di. 08.00 – 12.00 13.30 – 17.30  
 Mi. 08.00 – 12.30  
 Do. 08.00 – 12.00 13.30 – 17.30  
 Fr. 07.30 – 12.00 13.00 – 15.00

Türltorstraße 4 · 3. OG  
 85276 Pfaffenhofen  
 Tel. 08441 40555-40  
 Fax 08441 40555-55  
 info@dr-loerner.de

*Wir nehmen uns Zeit für Sie. Bitte haben Sie Zeit für Ihre Behandlung!*

**Anamnese (Krankengeschichte)**

**Allgemeinanamnese**

- |  | Ja                       | Nein                     |
|--|--------------------------|--------------------------|
| • Warum kommen Sie in meine Praxis?<br>Grund: _____  |                          |                          |
| • War der Patient <i>früher oder ist derzeit</i> schon in kieferorthopädischer Behandlung?<br>wenn ja, bei wem/wo: Dr. _____<br>in _____ <input type="checkbox"/> laufend <input type="checkbox"/> abgeschlossen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Wurde bereits eine Myobrace-Behandlung durchgeführt?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Hat oder hatte ein Elternteil/ Geschwister Gebissunregelmäßigkeiten?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Sind in der Großfamilie Nichtanlagen von Zähnen bekannt?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**Patientenanamnese**

- |   | Ja                       | Nein                     |
|---|--------------------------|--------------------------|
| • Leidet oder litt der Patient an einer der genannten Krankheiten?<br><input type="checkbox"/> Anfallsleiden <input type="checkbox"/> Atemwegserkrankungen<br><input type="checkbox"/> Zuckerkrankheit <input type="checkbox"/> Herz-Kreislaufprobleme<br><input type="checkbox"/> Blutgerinnungsstörungen <input type="checkbox"/> Rheumaerkrankungen<br><input type="checkbox"/> Tumorerkrankungen <input type="checkbox"/> Hals- Nasen- Ohrenerkrankungen<br><br><input type="checkbox"/> Infektionserkrankungen (HIV, Hepatitis, Tuberkulose etc.)<br><input type="checkbox"/> sonstige wichtige Informationen: _____ |                          |                          |
| • Nimmt der Patient Medikamente ein?<br>wenn ja, welche? _____  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Hat der Patient eine Allergie oder Heuschnupfen?<br>wenn ja, wogegen? _____   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Im wievielten Monat kam der erste Milchzahn? _____  |                          |                          |
| • Hat der Patient als Kleinkind gelutscht?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Hatte der Patient einen Unfall mit Folgen für den Kopf-Hals-Bereich?<br>wenn ja, wann? _____<br>mit Zahnverletzungen? <input type="checkbox"/><br>mit Zahnverlusten? <input type="checkbox"/><br>mit Kieferbrüchen? <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Bestehen Kiefergelenkknacken oder –Beschwerden?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Knirscht der Patient mit den Zähnen?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Sind Sie/ ist Ihr Kind in weiterer Behandlung in:<br><br><input type="checkbox"/> Logopädie <input type="checkbox"/> Heilpraktischer Behandlung<br><input type="checkbox"/> Ergotherapie <input type="checkbox"/> Osteopathischer Behandlung<br><input type="checkbox"/> Physiotherapie   |                          |                          |

Was stört Sie persönlich an der Zahnstellung bei Ihnen/ Ihrem Kind?

---



**DR. CORNELIA LÖRNER**  
**FACHPRAXIS FÜR KIEFERORTHOPÄDIE**

## Öffnungszeiten:

Mo.	10.00 – 12.30	14.00 – 19.00
Di.	08.00 – 12.00	13.30 – 17.30
Mi.	08.00 – 12.30	
Do.	08.00 – 12.00	13.30 – 17.30
Fr.	07.30 – 12.00	13.00 – 15.00

Türltorstraße 4 · 3. OG  
85276 Pfaffenhofen  
Tel. 08441 40555-40  
Fax 08441 40555-55  
info@dr-loerner.de

*Wir nehmen uns Zeit für Sie. Bitte haben Sie Zeit für Ihre Behandlung!*

## Hinweise zur Datenverarbeitung/Datenweitergabe

Für den reibungslosen Ablauf einer Zusammenarbeit mit den gesetzlichen Krankenkassen, den Privaten Versicherungen, Beihilfestellen und sonstigen Kostenträgern sowie Zahnärzten, Ärzten, Logopäden, Physiotherapeuten, etc. und Kliniken sind einige Hinweise zu beachten.

Die Kommunikation mit den gesetzlichen Krankenkassen erfolgt in der Regel fernmündlich per Telefon oder auf dem Postweg.

Nachanträge und auch weitere Anfragen bei Ihrer gesetzlichen Krankenkasse bedürfen eines Zugangsnachweises für Anzeigen gem. §2 Abs. 6 der Anlage 15 zum BMV-Z. Daher ist es erforderlich diese Schreiben per Fax an die von der Krankenkasse angegebene Fax-Nummer zu senden.

Bei der direkten Kommunikation mit privaten Versicherungen oder auch Beihilfestellen, ist es erforderlich, dass Sie uns eine Schweigepflichtsentbindungserklärung vorlegen.

Für eine interdisziplinäre Zusammenarbeit mit Ihrer Hauszahnärztin/Ihren Hauszahnarzt/Ihre Ärztin/Ihren Arzt, weitere Kliniken, ggf. Zahntechnik wird in der Regel die Kommunikation postalisch oder per Telefon erfolgen. Zudem kann es aber erforderlich werden, die angefertigten Röntgenbilder (OPG, FRS, HWA oder andere) nebst der therapeutischen Anweisung per E-Mail an ihre Hauszahnärztin/Ihren Hauszahnarzt, Logopäden, Physiotherapeuten, etc. weiterzuleiten, sofern die Bilder bei uns angefordert werden. Anweisungen können auch per Fax angefordert werden. Zu gegebenem Zeitpunkt, z. Bsp. Erstellung von Röntgenbildern werden Sie in einer gesonderten Einwilligungserklärung über die Weitergabe von Daten, z. Bsp. Röntgenbildern informiert und erneut um Ihr Einverständnis dafür gebeten.

Wir sind eine Weiterbildungs-/Lehrpraxis. Das heißt, es werden in unserer Fachpraxis für Kieferorthopädie Auszubildende zur zahnmedizinischen Fachangestellten ausgebildet. Es gibt eine Ausbildungsstelle des Curriculums für Kieferorthopädie der Bayerischen Landes Zahnärztekammer mit der Ausbildung zum Fachzahnarzt für Kieferorthopädie sowie eine Ausbildungsstelle im Rahmen des Masterstudienganges MSc. Kieferorthopädie an der privaten Donau-Universität Krems. Außerdem ist Frau Dr. Lörner als Dozentin tätig. In diesem Zusammenhang sowie im Rahmen der Ausbildungsanforderungen werden Unterlagen bzw. Patientendaten an die Bayerische Landes Zahnärztekammer sowie auch an die private Donau-Universität Krems weitergeleitet bzw. anonymisiert präsentiert.

Auch diese Institutionen sind zur Einhaltung des Datenschutzes verpflichtet.

## Einwilligung Datenschutz

Bei dem Versenden von Daten per E-Mail, an Sie/Ihre Mail-Adresse beziehungsweise SMS an Ihre Handynummer, handelt es sich prinzipiell um eine ungeschützte Kommunikationsform. Diese nutzen wir für den Terminalservice unserer Praxis.

Sensible personenbezogene Daten mit Befunden, Röntgenbildern, Kostenvoranschläge, Fotos etc. leiten wir mit der Verschlüsselungssoftware Cryptshare der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Passwortgeschützt weiter.

**Ich willige hiermit ein, dass meine Daten oder Unterlagen bzw. die Daten meiner Tochter / meines Sohnes / meines Pflegekindes weitergeleitet werden dürfen.**

**Ich kann meine Einwilligung jederzeit widerrufen.**

\_\_\_\_\_  
Pfaffenhofen, den

\_\_\_\_\_  
gesetzliche Vertreter/Versicherter



**DR. CORNELIA LÖRNER**

**FACHPRAXIS FÜR KIEFERORTHOPÄDIE**

## Öffnungszeiten:

Mo.	10.00 – 12.30	14.00 – 19.00
Di.	08.00 – 12.00	13.30 – 17.30
Mi.	08.00 – 12.30	
Do.	08.00 – 12.00	13.30 – 17.30
Fr.	07.30 – 12.00	13.00 – 15.00

Türltorstraße 4 · 3. OG  
85276 Pfaffenhofen  
Tel. 08441 40555-40  
Fax 08441 40555-55  
info@dr-loerner.de

*Wir nehmen uns Zeit für Sie. Bitte haben Sie Zeit für Ihre Behandlung!*

## Hinweise zur Datenverarbeitung in unserer Praxis

**Dr. Cornelia Lörner, Türltorstr. 4, 85276 Pfaffenhofen**

**Tel. 08441-4055540 / E-Mail: info@dr-loerner.de**

Im Rahmen der Behandlung von Patienten erheben wir in unserer Praxis Daten zu Ihrer Person, zu Ihrem Versichertenstatus und zu Ihrem Gesundheitszustand. Diese Daten werden entsprechend der datenschutzrechtlichen Vorgaben behandelt.

Mit den nachfolgenden Informationen können Sie sich einen Überblick verschaffen, welche Daten erhoben werden und wie wir damit verfahren. Bei Fragen können Sie sich jederzeit gerne an uns wenden.

### **Für den Datenschutz in unserer Praxis ist verantwortlich:**

Dr. Cornelia Lörner – Praxisinhaberin

Ina Hermert – Datenschutzbeauftragte

### **Art der erhobenen Daten:**

1. Die auf der elektronischen Gesundheitskarte Ihrer GKV bzw. der Ausweiskarte Ihrer PKV gespeicherten Daten, wie, z.B. Name des Mitglieds, Geburtsdatum des Mitglieds, Name und Nummer der Krankenkasse, falls davon abweichend Name und Geburtsdatum des behandelten Versicherten, Versichertennummer
2. Weitere persönliche Daten: Name, Vorname und Anschrift des behandelten Patienten, und evtl. bestehender gesetzlicher Vertreter (sofern einschlägig und Abweichend von Ziffer 1), Mailadressen und Rufnummern des versicherten Patienten sowie evtl. bestehenden gesetzlichen Vertreter
3. Gesundheitsdaten im Rahmen der Anamnese und der kieferorthopädischen Behandlung, Dokumentation des Behandlungsverlaufs
4. Kontaktdaten weiterer Behandler, wie Hauszahnarzt, Hausarzt sowie ggfl. weiterer einzubindender Therapeuten

### **Zwecke der Datenverarbeitung und Rechtsgrundlage für die Verarbeitung:**

1. Erfüllung des Behandlungsvertrags (Art. 6 Abs. 1 b) DS-GVO)
2. Abrechnung der erbrachten Leistungen, (Art. 6 Abs. 1 c) DS-GVO, §§ 294 ff SGB V, §§ 1 ff. GOZ)
3. Erfüllung weiterer gesetzlicher Verpflichtungen im Rahmen der GKV, (Art. 6 Abs. 1 c) DS-GVO, §§ 294 ff SGB V)
4. Beantwortung von Anfragen von privaten Versicherungen und Beihilfestellen (Art. 6 Abs. 1 a) DS-GVO sowie jeweilige Zustimmung)
5. Dokumentation des Behandlungsverlaufs (Art. 6 Abs. 1 c) DS-GVO, § 630 f BGB)
6. Abwicklung von SEPA-Lastschriftmandaten  
Erfüllung steuerlicher Pflichten (Art. 6 Abs. 1 c) DS-GVO, Steuergesetze



**DR. CORNELIA LÖRNER**  
**FACHPRAXIS FÜR KIEFERORTHOPÄDIE**

## Öffnungszeiten:

Mo.	10.00 – 12.30	14.00 – 19.00
Di.	08.00 – 12.00	13.30 – 17.30
Mi.	08.00 – 12.30	
Do.	08.00 – 12.00	13.30 – 17.30
Fr.	07.30 – 12.00	13.00 – 15.00

Türltorstraße 4 · 3. OG  
85276 Pfaffenhofen  
Tel. 08441 40555-40  
Fax 08441 40555-55  
info@dr-loerner.de

*Wir nehmen uns Zeit für Sie. Bitte haben Sie Zeit für Ihre Behandlung!*

### Empfänger der Daten:

1. Zuständige Kassenzahnärztliche Vereinigung, mittelbar gesetzliche Krankenkassen
2. Bank (Unicredit), soweit zur Abwicklung von SEPA-Lastschriftmandaten notwendig
3. Steuerberater, soweit zur Erfüllung steuerrechtlicher Pflichten notwendig

### Dauer der Datenspeicherung

Die Daten der Patientenakte werden gemäß § 630 f Abs. 3 BGB für mindestens 10 Jahre gespeichert. Für Röntgendaten gilt die Regelung der Röntgenverordnung nach §28 Abs. 3 S.2 u. 3 mit einer Aufbewahrungsfrist von Röntgenbildern für mindestens 10 Jahre und bei Minderjährigen bis zum vollendetem 28. Lebensjahr.

### Unsere Datenschutzbeauftragte ist:

Frau Ina Hermert

Türltorstr.4, 85276 Pfaffenhofen

Tel. 08441-4055540

E-Mail: [datenschutz@dr-loerner.de](mailto:datenschutz@dr-loerner.de)

Wir informieren Sie zudem über Ihre Betroffenenrechte nach DS-GVO. Als Datenverarbeitung Betroffene/r können Sie die folgenden Ansprüche geltend machen:

Sie haben ein Auskunftsrecht gegenüber unserer Praxis, welche Ihrer personenbezogenen Daten von uns verarbeitet werden. Sie haben außerdem ein Recht auf Berichtigung, Löschung und Einschränkung der Verarbeitung sowie ein Widerspruchsrecht gegen die Datenverarbeitung und ein Recht auf Datenübertragbarkeit.

Sofern die Datenverarbeitung auf einer Einwilligung von Ihnen beruht, haben Sie das Recht, diese Einwilligung zu widerrufen.

Sie können, sofern Sie im Zusammenhang mit der Verarbeitung Ihrer Daten einen entsprechenden Anlass sehen, eine Beschwerde bei der zuständigen Datenschutzaufsichtsbehörde einreichen. Die für unsere Fachpraxis für Kieferorthopädie zuständige Datenschutzaufsichtsbehörde ist das Bayerische Landesamt für Datenschutzaufsicht, Promenade 27, 91522 Ansbach.

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