

PATIENTENANMELDUNG

Patient

Herr/Frau/Kind Name _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____ Geburtsort _____

Mitglied

Versicherter Name _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____ Geburtsort _____

Anschrift

Straße Nr. _____ Telefon _____ Mobiltelefon _____

PLZ/Ort _____ E-Mail _____

Krankenkasse _____ freiwillig versichert? ja nein Zusatzversichert? ja nein

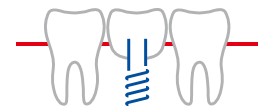
Beruf

Arbeitgeber _____ Telefon _____

Bitte beantworten Sie die nachfolgenden Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand möglichst genau!

Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen der Datenschutzverordnung und werden vertraulich behandelt und entsprechend gesichert und gespeichert.

1. Haben Sie Herzprobleme? ja nein
 - Herzschrittmacher _____
 - Herzinfarkt (gfls. wann) _____
 - Herzmuskelentzündung _____
 - Antibiotika-/Endokarditisprophylaxe _____
2. Hatten / haben Sie eine der folgenden Krankheiten:
 - Künstliche Gelenke _____
 - Infektionskrankheiten (HIV, Hepatitis, Tbc) _____
 - Asthma, Heuschnupfen _____
 - Allergische Reaktionen, wie Unverträglichkeiten von Medikamenten: _____
 - Hoher/niedriger Blutdruck _____
 - Schlaganfall, Lähmungen _____
 - Zuckerkrankheit (Diabetes) _____
 - Rheuma _____
 - Augenerkrankung / Glaukom _____
3. Leiden Sie unter Bluterkrankungen oder Blutgerinnungsstörungen? ja nein
4. Leiden Sie unter Zahnfleischbluten? ja nein
5. Bestehen zur Zeit andere Krankheiten, wenn ja, welche? ja nein _____
6. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente, welche? ja nein _____
7. Nehmen Sie Medikamente gegen Osteoporose, welche? ja nein _____
8. Hatten Sie öfters Kiefer- oder Nebenhöhlenentzündungen? ja nein _____
9. Wann war die letzte Röntgenuntersuchung der Zähne/Kiefer? _____
10. Frauen: Besteht eine Schwangerschaft? ja nein _____
11. Rauchen Sie? ja nein Anzahl? _____
12. Leiden Sie unter Zahnarztangst? ja nein
13. Sind Sie mit dem Aussehen Ihrer Zähne zufrieden? ja nein
14. Sonstige Angaben: _____
15. Bonusheft vorhanden Wenn ja, bitte vorlegen ja nein
16. Vorhandener Zahnersatz Alter des Zahnersatzes? ja nein _____



PATIENTENANMELDUNG

Termin-Erinnerungs-Service

Im Rahmen all unserer Leistungen bieten wir Ihnen einen **kostenlosen Termin-Erinnerungs-Service** für Ihre Behandlungen an.

Möchten Sie sich für unseren Termin-Erinnerungs-Service vormerken lassen ja nein

Wenn ja, per: E-Mail _____

ACHTUNG: Erinnerung gilt nur für vereinbarte Termine!

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden durch:

- Empfehlung** durch: _____
- Zeitung / Magazine** **Prospekte** **Flyer per Post** **Bildschirme Fassade** **Sonstiges**
- Internet** Internet-Suche/Google etc. Internet-Anzeigen Internet-Arztempfehlungen Internet sonstige Portale

Wichtige Informationen

- Alle Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen der Datenschutzverordnung und werden daher streng vertraulich behandelt.
- Sollten aufgrund der erfolgten Diagnostik und/oder der geplanten Behandlungsmaßnahmen die Korrespondenz mit anderen Ärzten notwendig sein, werden Ihre Daten außerhalb der Praxis weitergegeben/angefordert.
- Der Speicherung meiner Daten in Papierform oder elektronisch stimme ich hiermit zu.
- Ich verpflichte mich, Sie umgehend über alle während des Behandlungszeitraumes auftretenden Änderungen zu informieren.
- Ich verpflichte mich, vereinbarte Termine einzuhalten oder mindestens **drei Werktage** im Voraus abzusagen, andernfalls können Ihnen die daraus entstehenden Kosten in Rechnung gestellt werden (§ 304, 615 BGB).
- Die Einwilligung kann jederzeit schriftlich von mir widerrufen werden.

Unterschrift

Datum _____

*Unterschrift _____

Einverständniserklärung Abrechnung „Privat“-Leistungen

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient, um mich von dem steigenden Verwaltungsaufwand zu entlasten und mehr Zeit für meine Patienten zu haben, arbeite ich mit einer Abrechnungsgesellschaft zusammen. Ihre Mitarbeiter unterliegen – wie jeder Arzt oder Zahnarzt – den Bestimmungen der Schweigepflicht und des Datenschutzes. Meine Honorarforderungen trete ich an die Abrechnungsgesellschaft ab. Die Gesellschaft wird die Rechnungen erstellen und die Honorarforderungen für eigene Rechnungen einziehen. Im Falle eines Rechtsstreits ist die Gesellschaft Prozesspartei und ich würde gegebenenfalls als Zeuge gehört werden.

Ich bitte Sie, mir durch Ihre Unterschrift Ihr Einverständnis zu erteilen, die zur Rechnungserstellung und zur Abtretung meiner Forderungen notwendigen persönlichen Behandlungsdaten wie Anschrift, Geburtsdatum, Kostenträger, Behandlungstage, erbrachte Leistungen nach der Gebührenordnung und dazugehörige Diagnosen an die Abrechnungsgesellschaft zu übermitteln. Gleichzeitig ermächtigen Sie mich durch Ihre Unterschrift, vor Beginn der Behandlung bei einer Auskunftei der Kreditschutzorganisation (Creditreform Boniversum

GmbH) eine Auskunft über Ihre Bonität bzw. bei Rechnungsbeträgen über 5.000,- Euro eine Schufa-Auskunft einzuholen. Die Gesellschaft gibt keine Patientendaten an eine Bank weiter. Die Datenübermittlung an die Auskunftei oder Kreditschutzorganisation erfolgt über die Gesellschaft.

Sie können Ihre Einwilligung mit Wirkung für die Zukunft jederzeit widerrufen. Bis zum Zeitpunkt des Widerrufs erfolgte Datenverarbeitungen bleiben rechtmäßig. Ihre Daten dürfen dann noch insoweit weiter verarbeitet werden, wie dies aufgrund gesetzlicher Vorschriften erforderlich ist. Der Widerruf kann gegenüber mir oder der Gesellschaft mittels schriftlicher Erklärung unter Angabe Ihres Namens und Anschrift (ggf. Rechnungsnummer) geschehen. Hierdurch entstehen Ihnen keine Nachteile.

Hiermit willige ich in die Datenverarbeitung durch eine Abrechnungsgesellschaft zu den vorgenannten Zwecken ein und entbinde insoweit den Leistungserbringer und dessen berufsmäßige Gehilfen zugleich von der ärztlichen Schweigepflicht.

Mit freundlichem Gruß Ihr Praxisteam

Unterschrift

Datum _____

*Unterschrift _____