



## PATIENTENANMELDUNG

<b>Patient</b> (Herr/Frau/Kind)	Name	Vorname	Geburtsdatum	Geburtsort
<b>Mitglied Versicherter</b>	Name	Vorname	Geburtsdatum	Geburtsort
<b>Anschrift</b>	Straße, Haus-Nr.		Telefon	Mobiltelefon
	PLZ, Ort		E-Mail	
<b>Krankenkasse</b>	freiwillig versichert <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		zusatzversichert <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
<b>Beruf</b>	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:

- Haben Sie Herzprobleme?  ja  nein  
 Herzschrittmacher \_\_\_\_\_  
 Herzinfarkt (ggf. wann) \_\_\_\_\_  
 Herzmuskelentzündung \_\_\_\_\_  
 Antibiotika-/Endokarditisprophylaxe \_\_\_\_\_
- Hatten / haben Sie eine der folgenden Krankheiten:  
 Künstliche Gelenke \_\_\_\_\_  
 Infektionskrankheiten (HIV, Hepatitis, Tbc) \_\_\_\_\_  
 Asthma, Heuschnupfen \_\_\_\_\_  
 Allergische Reaktionen, wie z.B. Unverträglichkeiten von Medikamenten: \_\_\_\_\_  
 Hoher / niedriger Blutdruck \_\_\_\_\_  
 Schlaganfall, Lähmungen \_\_\_\_\_  
 Zuckerkrankheit (Diabetes) \_\_\_\_\_  
 Rheuma \_\_\_\_\_  
 Augenerkrankung / Glaukom \_\_\_\_\_
- Leiden Sie unter Bluterkrankungen oder Blutgerinnungsstörungen?  ja  nein
- Leiden Sie unter Zahnfleischbluten?  ja  nein
- Bestehen zur Zeit andere Krankheiten, wenn ja, welche?  ja  nein  
\_\_\_\_\_
- Nehmen Sie regelmäßig Medikamente, wenn ja, welche?  ja  nein  
\_\_\_\_\_
- Nehmen Sie Medikamente gegen Osteoporose, welche?  ja  nein  
\_\_\_\_\_
- Hatten Sie öfter Kiefer- oder Nebenhöhlenentzündungen?  ja  nein  
\_\_\_\_\_
- Wann war die letzte Röntgenuntersuchung der Zähne/des Kiefers?  
\_\_\_\_\_
- Frauen: besteht eine Schwangerschaft?  ja  nein  
\_\_\_\_\_
- Rauchen Sie? Anzahl?  ja  nein  
Anzahl? \_\_\_\_\_
- Leiden Sie unter Zahnarztangst?  ja  nein
- Sind Sie mit dem Aussehen Ihrer Zähne zufrieden?  ja  nein
- Sonstige Angaben  
\_\_\_\_\_
- Bonusheft vorhanden?  ja  nein  
Wenn ja, bitte vorlegen \_\_\_\_\_
- Vorhandener Zahnersatz?  ja  nein  
Alter des Zahnersatzes? \_\_\_\_\_



## PATIENTENANMELDUNG

### Termin-Erinnerungs-Service per E-Mail

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

Ihre E-Mail-Adresse: \_\_\_\_\_

» **ACHTUNG: Erinnerung gilt nur für vereinbarte Termine!** Der Termin-Erinnerungs-Service erfolgt ohne Gewähr «

### Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

- Zeitungsbeilage  Zeitungsanzeige  Google-Suche  Online-Arzttempfehlungen  
 Imagebroschüre  Facebook  Instagram  Außenbildschirm an der Fassade  
 Empfehlung durch: \_\_\_\_\_  Sonstiges: \_\_\_\_\_

### 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

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum:

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

### Einwilligungserklärung und Information zur Abrechnung

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

aus Gründen der Arbeitsentlastung haben wir uns entschieden, die S&F Süddeutsche Factoring GmbH & Co. KG, AG München, HRA 109203 („S&F“) mit der Abrechnung der Forderung Ihnen gegenüber zu beauftragen. Somit haben wir mehr Zeit für unsere Patienten. S&F unterliegt selbstverständlich den geltenden datenschutzrechtlichen Bestimmungen. Alle Behandlungsdaten werden von beiden Seiten streng vertraulich behandelt.

Mit Unterzeichnung dieser Einwilligungserklärung erklären Sie sich einverstanden, dass

- » die gegen Sie gerichtete Forderung aus der Behandlung oder sonstigen Dienstleistungen an die Firma S&F abgetreten wird,
- » an S&F zum Zweck des Einzugs der Forderung Ihre persönlichen Behandlungsdaten (Vorname, Name, Geburtsdatum, Adresse, Behandlungsdaten, Leistungsziffern, Befunde) übergeben bzw. zugänglich gemacht werden,
- » S&F die gegen Sie gerichtete Forderung aus der Behandlung oder sonstigen Dienstleistungen sicherungsweise an Dritte weiter abtreten werden kann.
- » Ihre Zahlungsfähigkeit durch Einholung einer entsprechenden Information bei der Creditreform Boniversum GmbH, Hellersbergstr. 11, 41460 Neuss („Auskunftei“) geprüft und das Ergebnis innerhalb der gesetzlich zulässigen Fristen gespeichert wird.

Zum Zwecke der Kredit-/Bonitätsprüfung übermittelt die Auskunftei die in ihrer Datenbank zu Ihrer Person gespeicherten Adress- und Bonitätsdaten, einschließlich auf der

Basis mathematisch-statistischer Verfahren ermittelter Score-Werte an S&F, sofern S&F das berechtigte Interesse glaubhaft dargelegt wurde. Bei der Berechnung des Scorewertes werden u. a. auch Anschriftsdaten genutzt.

S&F wird die durch uns erbrachten Leistungen Ihnen gegenüber in eigenem Namen in Rechnung stellen und einziehen. Sollte es über die Berechtigung der Forderung unterschiedliche Auffassungen geben, kann der Behandler als Zeuge gehört werden.

Sie entbinden Ihren Behandler gegenüber S&F von seiner ärztlichen / beruflichen Schweigepflicht, soweit dies für die Abrechnung und Forderungsbeitreibung nötig ist. Ihre Zustimmung ist freiwillig, auch für zukünftige Forderungen, und kann jederzeit mit sofortiger Wirkung für die Zukunft widerrufen werden. Ab sofort sind sämtliche Zahlungen ausschließlich an das Konto von S&F zu leisten. Für Fragen zur Abrechnung und dieser Einwilligungserklärung steht Ihnen die S&F gerne zur Verfügung:

#### S&F Süddeutsche Factoring GmbH & Co. KG

Münchner Str. 15 | 82319 Starnberg

Tel. 08151 4222-999 | Fax: 08151 4442-7999

info@sueddeutsche-factoring.de | www.sueddeutsche-factoring.de

Eine Kopie dieser Einwilligungserklärung wurde Ihnen ausgehändigt.

### Unterschrift

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum:

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient (ggf. Sorgeberechtigter, falls abweichender Leistungsempfänger)