



implaneum

Klinik für zahnärztliche Implantologie
Dr. (R) Hopf + Kollegen

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?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	zusatzversichert? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> 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.

- 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 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, 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/Kiefer? _____
- Frauen: Besteht eine Schwangerschaft? ja nein

- Rauchen Sie? 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? _____



implaneum

Klinik für zahnärztliche Implantologie
Dr. (R) Hopf + Kollegen

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-Arzttempfehlungen 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 mindesten **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