



Herzlich Willkommen in unserer Praxis!

Bevor wir uns in Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine adäquate und risikofreie Behandlung. Alle Angaben sind streng vertraulich und unterliegen natürlich der ärztlichen Schweigepflicht!

Name	Vorname	Geburtsdatum
------	---------	--------------

Straße	Wohnort	Telefon (privat)
--------	---------	------------------

Arbeitgeber	Beruf	Telefon (beruflich)
-------------	-------	---------------------

Email	Mobiltelefon
-------	--------------

Krankenkasse	Zusatzversicherung	beihilfeberechtigt? <input type="checkbox"/>
--------------	--------------------	--

Alternativer Rechnungsempfänger, falls von oben abweichend bzw. bei nicht selbst Versicherten (Familienangehörigen, Kindern):

Name	Vorname	Straße	Wohnort	Geburtsdatum
------	---------	--------	---------	--------------

Haben Sie eine der folgenden Erkrankungen oder sind Sie schon einmal wegen einer der folgenden Erkrankungen ärztlich behandelt worden?

- | | Ja | Nein |
|--|--------------------------|--------------------------|
| - Herzerkrankungen z.B. Bluthochdruck, Herzschrittmacher, Herzklappenersatz, Herzfehler, Infarkt; wenn ja, wann: _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Blutgerinnungsstörungen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Zuckerkrankheit (Diabetes) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Erkrankungen der Atemwege (z.B. Asthma) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Lebererkrankungen (Hepatitis, Gelbsucht) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Andere Infektionskrankheiten (z.B. HIV, AIDS) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Spritzenunverträglichkeit, Allergien, z.B. gegen Penicillin, etc.
Wenn ja, welche: _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Nierenerkrankungen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Augenerkrankungen (z.B. Glaukom, grauer/grüner Star) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Epilepsie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Osteoporose | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Andere Erkrankungen: _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein, z. B. Marcumar, ASS, Bisphosphonate, etc.? Wenn ja, welche: _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
-



- | | Ja | Nein |
|---|--------------------------|--------------------------|
| - Sind Sie zurzeit oder waren Sie drogen- /alkoholabhängig? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Rauchen Sie z. Zeit bzw. die letzten 5 Jahre? Wenn ja, wie viel am Tag:_____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Besteht eine Schwangerschaft? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Bestand oder besteht eine Zahnfleischentzündung oder Zahnfleischbluten? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Knirschen Sie mit den Zähnen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Tragen Sie herausnehmbaren Zahnersatz?
im Oberkiefer seit ca._____Jahren
im Unterkiefer seit ca._____Jahren | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Tragen Sie festsitzenden Zahnersatz?
im Oberkiefer seit ca._____Jahren
im Unterkiefer seit ca._____Jahren | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Beobachten Sie Zahnwanderungen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Ist irgendein Zahn besonders empfindlich? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Haben Sie Schmerzen bei weiter Mundöffnung, großem Biss, oder beim Gähnen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Machen Ihre Kiefergelenke Geräusche, auf welcher Seite?_____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Wer ist zurzeit Ihr(e) Hausarzt(ärztin)?_____ | | |

Sollte sich an Ihren o.a. Angaben etwas ändern, setzen Sie uns bitte umgehend davon in Kenntnis!

Wünschen Sie eine besondere Beratung über:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Wurzelbehandlung unter Dentalmikroskop | <input type="checkbox"/> Zähnebleichen (Bleaching) |
| <input type="checkbox"/> Professionelle Zahnreinigung | <input type="checkbox"/> Implantate |
| <input type="checkbox"/> Parodontosebehandlung mit Laser | <input type="checkbox"/> Kinderprophylaxe |
| <input type="checkbox"/> Zahnfarbene Füllungen, Inlays, Kronen, Veneers | <input type="checkbox"/> Kiefergelenksbehandlung |
| <input type="checkbox"/> Parodontosebehandlung | <input type="checkbox"/> Ästhetische Zahnkorrekturen |

Gesetzlich versicherte Patienten bekommen einen bis zu 30% höheren Zuschuss zum Zahnersatz von ihrer Krankenkasse, sofern sie regelmäßige zahnärztliche Kontrolluntersuchungen nachweisen können (Bonusheft). Um Ihre Zahngesundheit zu fördern und Ihnen den höchsten Zuschuss zu Ihrem Zahnersatz zu sichern, können wir Sie auf Wunsch über eine Wiederbestellung (Recall) kostenlos und unverbindlich an die notwendigen Untersuchungen erinnern.

	Ja	Nein
Ich möchte auf notwendige Kontrolluntersuchungen hingewiesen werden:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, möchte ich per: <input type="checkbox"/> E-Mail <input type="checkbox"/> SMS		
informiert werden.		

Ich möchte auf notwendige Prophylaxebehandlungen (professionelle Zahnreinigung) hingewiesen werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, möchte ich per: <input type="checkbox"/> E-Mail <input type="checkbox"/> SMS		
informiert werden.		



Bitte verraten Sie uns, wie Sie auf uns aufmerksam wurden?

- Empfehlung; durch wen: _____
- Internet: Suchmaschine: Google Yahoo andere: _____
- Bewertungsportal: Jameda Imedo andere: _____
- Gelbe-Seiten.de Örtliche.de Facebook andere: _____
- Andere: _____

Da unsere Praxis eine „Bestellpraxis“ ist und um lange Wartezeiten für alle Patienten zu vermeiden, bitten wir Sie auch bei Schmerzen und unvorhergesehenen Fällen um kurze telefonische Terminvereinbarung mit uns. Wir bitten Sie des Weiteren, Termine, die Sie nicht einhalten können, mindestens 2 Werktagen vorher abzusagen. Nicht eingehaltene Termine bedeuten für uns einen hohen wirtschaftlichen Verlust, da wir diese kurzfristig nicht mehr vergeben können.

Wir behalten uns daher vor, bei Nichteinhalten von Terminen, diese nach der zugrunde liegenden Leistung in Rechnung zu stellen. Bei nachweislich nicht verschuldetem Erscheinen gilt dies nicht.

Wir bitten dafür um Ihr Verständnis.

Ich habe davon Kenntnis genommen:

Datum

Unterschrift

Wir möchten Sie darauf hinweisen, dass nach Verabreichung von Anästhetika eine eingeschränkte Fahrtüchtigkeit bestehen kann!

Ich habe davon Kenntnis genommen:

Datum

Unterschrift

Name und Vorname Patient:

geb. am:

Telefon:

Adresse

Versicherungsstatus

Einverständniserklärung

Ich erkläre mich einverstanden mit der

- Abtretung der sich aus der Behandlung ergebenden Forderungen durch meine/n Zahnärztin/Zahnarzt an die mediserv Bank GmbH (nachfolgend: mediserv);
- Weitergabe der zum Zwecke der Abrechnung und Geltendmachung der Forderungen jeweils erforderlichen Informationen, insbesondere Daten aus der Patientenakte (Name, Geburtsdatum, Anschrift, Behandlungsdaten, Leistungsziffern, Beträge, Befunde, Diagnosen) durch meine/n Zahnärztin/Zahnarzt an mediserv und der dortigen Datenverarbeitung und entbinde meine/n Zahnärztin/Zahnarzt insoweit von ihrer/seiner ärztlichen Schweigepflicht;
- möglichen Übermittlung personenbezogener Daten (Name, Geburtsdatum, Anschrift) durch mediserv an Auskunfteien (infoscore Consumer Data GmbH, Rheinstr. 99, 76532 Baden-Baden sowie die WID Wirtschafts-Informationen-Dienst GmbH, Schwägerichenstr. 3, 04107 Leipzig u. a.) zwecks Einholung von Informationen zur Einschätzung meiner Zahlungsfähigkeit sowie zum Zwecke der Anschriftenermittlung und entbinde die Mitarbeiter der mediserv insoweit von der Schweigepflicht.

Ich wurde darüber aufgeklärt, dass mediserv die Leistungen meiner Zahnärztin/meines Zahnarztes mir gegenüber im eigenen Namen in Rechnung stellen und für eigene Rechnung einziehen wird.

Sollte es über die Berechtigung der Forderung unterschiedliche Auffassungen geben, kann die Zahnärztin/der Zahnarzt in einer etwaigen Auseinandersetzung als Zeugin/Zeuge gehört werden. Ich entbinde meine/n Zahnärztin/Zahnarzt sowie die Mitarbeiter der mediserv gegenüber den Beteiligten eines ggf. durchzuführenden Mahn- oder Streitverfahrens von der Schweigepflicht.

Ich bin darüber informiert, dass meine Behandlung nicht von der Zustimmung zur vorbeschriebenen Verfahrensweise abhängt. Meine Zustimmung erfolgt freiwillig und gilt auch für zukünftige Behandlungen; ich kann diese jederzeit mit sofortiger Wirkung für die Zukunft widerrufen. Die Rechtmäßigkeit der auf Grundlage meiner Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Datenverarbeitung bleibt hiervon unberührt.

Wird die Erklärung als Sorgeberechtigte/r eines Minderjährigen abgegeben, so versichere ich, dass auch der/die weitere Sorgeberechtigte mit den vorangehenden Regelungen einverstanden ist.

Ein Exemplar dieser Einverständniserklärung habe ich erhalten.

Ort, Datum

Unterschrift Patient bzw. gesetzlicher Vertreter

Praxisstempel

Gesetzlicher Vertreter:

Name, Vorname

Geburtsdatum

Adresse (falls abweichend)

Liebe Patientin, lieber Patient,

um mehr Zeit für Ihre Behandlung und Betreuung zu haben, halten wir unseren Verwaltungsaufwand möglichst gering. Daher übertragen wir die Abrechnung an unseren Partner: **mediserv Bank GmbH** (nachfolgend: mediserv), 66094 Saarbrücken.

Für alle Fragen zur Abrechnung erreichen Sie bei mediserv kompetente Ansprechpartner:

Tel.: 06 81 / 4 00 07 89 E-Mail: service@arztrechnung.de
Fax: 06 81 / 4 0 00 76 Internet: www.arztrechnung.de

Die Mitarbeiter der mediserv unterliegen gemäß § 203 StGB der Schweigepflicht. mediserv verarbeitet Patientendaten mit höchster Sorgfalt und absoluter Vertraulichkeit gemäß den Bestimmungen der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO).

Für das Verfahren benötigen wir Ihr schriftliches Einverständnis. Wir bitten Sie deshalb um Ihre Zustimmung durch Unterzeichnung umseitiger Erklärung.

Vielen Dank für Ihr Vertrauen,
Ihre Praxis / Klinik

Informationen zum Datenschutz nach Art. 13 sowie 14 DSGVO

Die mediserv Bank GmbH (nachfolgend: mediserv) verarbeitet personenbezogene Daten im Einklang mit den Bestimmungen der DSGVO sowie des BDSG.

1. Name und Kontaktdaten der verantwortlichen Stelle sowie des betrieblichen Datenschutzbeauftragten

Verantwortliche Stelle: mediserv Bank GmbH, 66094 Saarbrücken, Geschäftsführer: Björn Clüsserath und Hendrik Hamm.

Der betriebliche Datenschutzbeauftragte der mediserv ist unter o. g. Anschrift -Abteilung Datenschutz- oder per E-Mail unter datschutz@mediserv.de erreichbar. Eine unverschlüsselte Kommunikation per E-Mail kann Sicherheitslücken aufweisen und ein lückenloser Schutz vor Zugriffen Dritter ist nicht möglich.

2. Zwecke der Datenverarbeitung durch mediserv

mediserv verarbeitet personenbezogene Daten zum Zwecke der Abrechnung und Geltendmachung von Forderungen aus Heilbehandlung.

3. Rechtsgrundlagen der Datenverarbeitung

mediserv verarbeitet personenbezogene Daten auf Grundlage der Bestimmungen der DSGVO. Die Verarbeitung erfolgt auf Basis von Art. 6 Abs. 1 lit a (Einwilligung) sowie ergänzend Art. 6 Abs. 1 lit c (notwendig zur Erfüllung einer rechtlichen Verpflichtung) der DSGVO. Einwilligungen, einschließlich solcher Einwilligungen, die bereits vor Inkrafttreten der DSGVO erteilt wurden, können jederzeit gegenüber mediserv widerrufen werden. Der Widerruf Ihrer Einwilligung berührt nicht die Rechtmäßigkeit der bis zum Widerruf verarbeiteten personenbezogenen Daten.

4. Herkunft der Daten

mediserv verarbeitet Daten, so wie diese durch den zur Übermittlung von Daten ermächtigten Heilberufsangehörigen mitgeteilt werden; daneben können durch mediserv zwecks Bonitätsprüfung Daten von Auskunftseien herangezogen werden.

5. Kategorien personenbezogener Daten, die verarbeitet werden

Name, Vorname, Anschrift, Geburtsdatum, Behandlungsdaten, Befunde, Diagnosen, Leistungsziffern und Beträge und durch Auskunftseien mitgeteilte Informationen zu vorangegangenen vertragswidrigen Zahlungsverhalten (Informationen über unbestrittene, fällige und mehrfach an-

gemahnte oder titulierte Forderungen sowie deren Erledigung, Informationen aus öffentlichen Verzeichnissen und amtlichen Bekanntmachungen)

6. Kategorien von Empfängern der personenbezogenen Daten

Auskunftseien ausschließlich zum Zwecke der Bonitätsprüfung sowie zur Anschriftenermittlung; staatliche Stellen sowie mit staatlichen Aufgaben und öffentlich-rechtlichen Befugnissen ausgestattete privatrechtliche Stellen, soweit dies durch zwingend zu beachtende gesetzliche oder verwaltungsrechtliche Vorschriften oder durch staatliche Anordnung vorgegeben ist.

7. Dauer der Datenspeicherung

mediserv speichert personenbezogene Daten nur für einen bestimmten Zeitraum. Maßgebliches Kriterium für die Festlegung dieses Zeitraums ist die Erforderlichkeit der Datenspeicherung zur Erreichung des vereinbarten Zwecks. Dabei werden handels- und steuerrechtliche sowie bankaufsichtsrechtliche Aufbewahrungsfristen in die Beurteilung der Zweckerreichung einbezogen. Danach kann die Speicherdauer zu bestimmten Daten bis zu zehn Jahre nach Beendigung der Geschäftsbeziehung betragen.

8. Betroffenenrechte

Jede betroffene Person hat gegenüber mediserv das Recht auf Auskunft nach Art. 15 DSGVO, das Recht auf Berichtigung nach Art. 16 DSGVO, das Recht auf Löschung nach Art. 17 DSGVO und das Recht auf Einschränkung der Verarbeitung nach Art. 18 DSGVO. Darüber hinaus besteht die Möglichkeit, sich an die für mediserv zuständige Aufsichtsbehörde, das Unabhängige Datenschutzzentrum Saarland, zu wenden. Nach Art. 21 Abs. 1 DSGVO kann der Datenverarbeitung aus Gründen, die sich aus der besonderen Situation der betroffenen Person ergeben, gegenüber mediserv widersprochen werden. Einwilligungen können jederzeit gegenüber mediserv widerrufen werden. Wollen Sie Ihr Recht auf unentgeltliche Auskunft nach Art. 15 DSGVO über die bezüglich Ihrer Person gespeicherten Daten, deren Herkunft und Empfänger oder Kategorien von Empfängern sowie den Zweck der Speicherung geltend machen, so teilen Sie uns bitte Name, Vorname(n), Geburtsdatum sowie aktuelle Anschrift mit, damit wir eine eindeutige Identifizierung Ihrer Person vornehmen können. Die Auskunft werden wir Ihnen sodann schriftlich erteilen.