

Anmeldung | Anamnese

Liebe Patientin, lieber Patient,

vielen Dank, dass Sie zur Behandlung in unsere Praxis kommen. Diese wird nach dem Bestellsystem geführt. Das bedeutet für Sie in der Regel nur geringe Wartezeiten. Medizinisch notwendige, nicht vorhersehbare Behandlungsmaßnahmen können jedoch dazu führen, dass Termine nicht in jedem Fall exakt eingehalten werden. Dafür bitten wir um Ihr Verständnis. Wenn Sie einen mit uns vereinbarten Termin nicht einhalten können, so sagen Sie diesen bitte möglichst frühzeitig ab, d.h. spätestens 24 Stunden vorher. Kommen Sie aufgrund von unvorhersehbaren Notfällen (z.B. akute Schmerzen) in unsere Praxis, müssen Sie mit Wartezeiten rechnen.

Als gesetzlich krankenversicherte/-r Patient/-in müssen Sie uns bitte unbedingt die Krankenversichertenkarte spätestens 10 Tage nach Behandlungsbeginn vorlegen, da Ihnen ansonsten die Kosten für die Behandlung privat in Rechnung gestellt werden müssen. Als gesetzlich versicherte/-r Patient/-in haben Sie die Wahlmöglichkeit zwischen der kassenzahnärztlichen Behandlung über die Krankenversichertenkarte oder der Behandlung auf Privatrechnung gemäß §13 SGB V (Kostenerstattung).

Patient/-in

Herr / Frau / Kind

Name	Vorname	geb.

Anschrift

Straße / Hausnr.	E-Mail*	Geburtsort*
Postleitzahl / Ort	Telefon oder Mobil	

Mitglied/ggf. abweichender Zahlungspflichtige/-r

(bei Kindern Erziehungsberechtigte/-r)

Anschrift

Name	Vorname	geb.
Straße / Hausnr.	E-Mail*	
Postleitzahl / Ort	Telefon oder Mobil	

Name des Kostenträgers

(Krankenkasse oder Versicherung)

--	--	--

- | | | |
|--|---|---|
| ☐ Ich bin pflichtversichert | ☐ Ich bin privat versichert | ☐ Ich habe die Kostenerstattung nach §13 SGB V gewählt |
| ☐ Ich bin freiwillig versichert | ☐ Ich bin Standardtarif-Versicherte(r) | ☐ Ich bin nicht versichert |
| ☐ Ich bin beihilfeberechtigt | ☐ Ich bin Basistarif-Versicherte(r) | ☐ Ich bin zuschussberechtigt (Sozialamt, Versorgungsamt) |
| ☐ Ich bin privat zusatzversichert | | |

Beruf des Mitgliedes*

Arbeitgeber	
☐ Schüler / Student	

Anschrift des Arbeitgebers*

Straße / Hausnr.	Postleitzahl / Ort	Telefon

Beruf des Patienten

Arbeitgeber	
☐ Schüler / Student	

Anschrift des Arbeitgebers*

Straße / Hausnr.	Postleitzahl / Ort	Telefon

* freiwillige Angaben

Bitte Rückseite beachten!

Für Ihr Krankenblatt erbitten wir folgende Informationen, die der ärztlichen Schweigepflicht und dem Datenschutz unterliegen, und von uns streng vertraulich behandelt werden. Bitte teilen Sie unserer Praxis auch künftig Änderungen Ihres Gesundheitszustandes, Ihrer Adresse und Ihres Versicherungsstatus mit!

Bitte bei allen Fragen Zutreffendes ankreuzen.

1. Hatten / haben Sie eine der folgenden Krankheiten?

	ja	nein		ja	nein		ja	nein
Asthma	☐	☐	Bluterkrankungen	☐	☐	Schilddrüsenerkrankungen	☐	☐
Diabetes	☐	☐	Blutgerinnungsstörungen	☐	☐	Nierenfunktionsstörungen	☐	☐
Rheuma	☐	☐	Krankenhauskeim MRSA	☐	☐	Creutzfeldt-Jakob	☐	☐
Osteoporose	☐	☐	Leberkrankheiten	☐	☐	Tumor / Karzinom / Krebs	☐	☐
TBC	☐	☐	Hepatitis A / B / C	☐	☐	Nehmen / nahmen Sie in diesem Zusammenhang Bisphosphonate?	☐	☐
HIV-Infektion	☐	☐	Epilepsie	☐	☐			

Ihr Hausarzt:

--	--

Name	Anschrift	Telefon
------	-----------	---------

b) Bestehen Allergien?	☐ ja ☐ nein	Wenn ja, welche?	
Haben Sie einen Allergie-Pass?	☐ ja ☐ nein		

c) Herzinfarkt	☐ ja ☐ nein	
Schlaganfall	☐ ja ☐ nein	
Lähmungen	☐ ja ☐ nein	
Nehmen Sie blutverdünnende Mittel?	☐ ja ☐ nein	Wenn ja, welche?

d) Blutdruck	☐ niedrig ☐ normal ☐ hoch	Ggf. Werte	
--------------	--	------------	--

2. Tragen Sie einen Herzschrittmacher? ☐ ja ☐ nein

3. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?	☐ ja ☐ nein	Wenn ja, welche?	
---------------------------------------	---	------------------	--

4. Rauchen Sie?	☐ ja ☐ nein	5. Schnarchen Sie?	☐ ja ☐ nein
-----------------	---	--------------------	---

6. Bestehen Suchtkrankheiten?	☐ ja ☐ nein	Wenn ja, welche?	
-------------------------------	---	------------------	--

7. Besteht eine Schwangerschaft?	☐ ja ☐ nein ☐ ungewiss	Ggf. wievielte Woche	
----------------------------------	---	----------------------	--

8. Liegt / lag eine Unfallverletzung im Mund-, Kiefer- oder Gesichtsbereich vor?	☐ ja ☐ nein	Unfalldatum	
		Art. d. Verletzung	

9. Sonstige Angaben / andere Krankheiten

--

10. Wann war Ihr letzter Krankenhausaufenthalt?	
---	--

11. Liegt eine Pflegebedürftigkeit im Sinne des § 15 SGB V vor?	☐ ja ☐ nein	Wenn ja, welcher Schweregrad?	
---	---	-------------------------------	--

12. Legen Sie bei Bedarf Wert auf eine Behandlung unter örtlicher Betäubung?	☐ ja ☐ nein	Bitte beachten Sie, dass die Fahrtüchtigkeit unter Einfluss von Medikamenten oder Injektionen zur örtlichen Betäubung für mehrere Stunden beeinträchtigt sein kann.
--	---	--

13. Haben Sie einen Röntgenpass?	☐ ja ☐ nein	
Wann war die letzte Röntgenuntersuchung / Computertomographie? (Datum / Körperteil)		

14. Haben Sie ein Bonusheft?	☐ ja ☐ nein	
Wann wurde die letzte professionelle Zahnreinigung bei Ihnen durchgeführt?		

Wie / durch wen wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam:*

--

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner vorstehenden Angaben.

--

Datum

Unterschrift Patient/-in oder Erziehungsberechtigte/-r

Datenschutzrechtliche Einwilligungs-erklärung für die Verarbeitung personenbezogener Patientendaten gemäß Artt. 6, 7 Abs. 1 lit. a DSGVO

Praxis
Dr. med. dent. Frank Luxem
Hauptstr. 106
53474 Bad Neuenahr-Ahrweiler
Tel.: 02641-78050

Patient/in:

Name	
Adresse	
E-MAIL	
Telefonnummer	

Ich stimme hiermit der Speicherung meiner personenbezogenen Daten für den Zweck

der Zahnärztlichen Behandlung einschließlich der Weitergabe an Labore, Rechenzentren, Apotheken, Versicherungen, Überweisungen an weiterbehandelnde Ärzte/Zahnärzte/Physiotherapien etc., Abrechnung mit der KZV und Krankenkassen.

durch die Praxis zu.

Zusätzlich dürfen meine Daten schriftlich, telefonisch, per E-Mail und Fax zum Einholen und weitergeben von Informationen bei anderen Zahnärzten, Ärzten, Krankenkassen, KZV und weiteren im Zusammenhang meiner Behandlung genutzt werden.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder durch E-Mail an die Praxis widerrufen kann (Art. 7 Abs. 3 DSGVO).

Mir ist bekannt, dass mein jederzeit möglicher Widerruf der Einwilligung die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt (Art. 7 Abs. 3 Satz 2 DSGVO).

Bad Neuenahr-Ahrweiler, den _____

Patient/in

Bei Kindern und Jugendlichen unter 18 Jahren

Gesetzlicher Vertreter
(Name, Vorname, Geburtsdatum)

Unterschrift

Vereinbarung bei Nicht-Erscheinen zum Zahnarzttermin

Regelungen und mögliche Konsequenzen

Um einen reibungslosen Ablauf in der Zahnarztpraxis zu gewährleisten, ist es wichtig, vereinbarte Termine einzuhalten oder rechtzeitig abzusagen. Sollten Patientinnen oder Patienten einen Termin nicht wahrnehmen können, wird gebeten, die Praxis mindestens 24 Stunden vorher zu informieren. Bei Nichterscheinen ohne vorherige Absage behält sich die Praxis das Recht vor, eine Ausfallgebühr zu berechnen, da der Termin nicht anderweitig vergeben werden konnte.

Die Höhe der Ausfallgebühr kann je nach Aufwand und Dauer des geplanten Termins variieren. Diese Maßnahme dient dazu, die Ressourcen der Praxis effizient zu nutzen und Wartezeiten für andere Patientinnen und Patienten zu vermeiden. Bei wiederholtem Nicht-Erscheinen kann die Praxis zudem weitere Maßnahmen ergreifen, wie zum Beispiel die Einschränkung zukünftiger Terminvergaben.

Medizinische Notfälle und Schmerzpatienten sind hiervon ausgenommen.

Wir weisen ausdrücklich darauf hin dass das Ausfallhonorar nicht von der gesetzlichen oder privaten Krankenversicherung übernommen wird sondern sie selbst die Kosten zu tragen haben.

Vielen Dank für ihr Verständnis.

Bad Neuenahr-Ahrweiler

Unterschrift Patient/gesetzlicher Vertreter

Patient/-in (Name, Vorname und Anschrift)

Geburtsdatum

Pflichtfeld – per Hand ausfüllen oder per EDV bedrucken.
Haben sich Ihre Daten geändert? Sprechen Sie uns bitte an.

Name, Vorname

Geburtsdatum

Straße

PLZ, Ort

Stellung zur Patientin / zum Patienten:

Elternteil**

Betreuer/-in

Ehegattin/-gatte

oder

** Bei gemeinsamem Sorgerecht wird die nachstehende Erklärung auch im Namen des anderen Elternteils abgegeben.

Einverständniserklärung

Ich erkläre mich einverstanden mit der

- » Weitergabe der zur Abrechnung und Geltendmachung der Forderungen jeweils erforderlichen Informationen, insbesondere von Daten aus der Patientenkartei (Name, Geburtsdatum, Anschrift, Befunde, Behandlungsdaten und -verläufe), an die DZR Deutsches Zahnärztliches Rechenzentrum GmbH (DZR) und der dort vorzunehmenden Verarbeitung dieser Daten.
- » möglichen Einholung einer Information durch DZR bei einer Auskunft zur Prüfung meiner Bonität. Die Praxis und/oder DZR teilen auf Nachfrage Name und Adresse der Auskunft mit.
- » Abtretung der sich aus allen Behandlungen ergebenden Forderungen an DZR.
- » im Rahmen der Refinanzierung erfolgenden Weiterabtretung der Forderungen durch DZR an die Deutsche Apotheker- und Ärztebank e.G., Düsseldorf (apoBank).

Ich wurde darüber aufgeklärt, dass DZR die Leistungen meiner Praxis mir, meiner Krankenkasse (bei vereinbarter Direktabrechnung) oder dem zuständigen Kostenträger (Leistungen der gesetzl. Unfallversiche-

rung/Sozialhilfe etc.) gegenüber im eigenen Namen in Rechnung stellen und für sich geltend machen wird.

Sollte es über die Berechtigung der Forderungen unterschiedliche Auffassungen geben, kann die Zahnärztin/Ärztin, der Zahnarzt/Arzt in einer etwaigen Auseinandersetzung als Zeugin/Zeuge gehört werden.

Ich entbinde meine Zahnärztin/Ärztin, meinen Zahnarzt/Arzt sowie DZR von der Schweigepflicht, soweit dies für die Abrechnung, Prüfung und Geltendmachung der Forderungen erforderlich ist; auch zugunsten der apoBank.

Diese Zustimmung kann jederzeit – allerdings nur mit Wirkung für die Zukunft – widerrufen werden. Der Widerruf ist entweder gegenüber der Praxis oder DZR zu erklären.

Umseitige Informationen zur Rechnung und zum Datenschutz habe ich zur Kenntnis genommen. Eine Kopie dieser Einverständniserklärung habe ich erhalten.

Ort / Datum

X

Unterschrift Patient/-in bzw. gesetzl. Vertreter/-in* und ggf. abweichende/-r Rechnungsempfänger/-in

* bei Personen unter 18 Jahren/Geschäftsunfähigen/beschränkt Geschäftsfähigen

DZR

Deutsches Zahnärztliches Rechenzentrum

DZR Deutsches Zahnärztliches Rechenzentrum GmbH
Marienstraße 10 | 70178 Stuttgart

Praxisstempel

Bitte händigen Sie Ihren Patienten eine Zweitschrift aus.

Informationen zu Ihrer Rechnung und zum Datenschutz

Liebe Patientin, lieber Patient,

das Wichtigste für Ihren Behandlungserfolg ist, dass Ihre Praxis sich zu 100 Prozent auf Sie konzentrieren kann. Um hierfür möglichst viel Zeit zu haben, hat Ihre Praxis die Abrechnung der **DZR Deutsches Zahnärztliches Rechenzentrum GmbH (DZR)** übertragen. Die Rechnungsstellung über DZR ist für Sie selbstverständlich kostenlos.

DZR gewährleistet die korrekte Bearbeitung der von Ihrer Praxis vorgegebenen Rechnungen. Aufgrund jahrzehntelanger Erfahrung in der Abrechnung entlastet DZR Ihre Praxis deutlich bei den Verwaltungstätigkeiten. Die eingesparte Zeit kommt somit voll und ganz Ihnen zugute.

Für Ihre Fragen zur Abrechnung stehen Ihnen die kompetenten Mitarbeiter von DZR gerne zur Verfügung. Insbesondere helfen Ihnen die Experten bei der Durchsetzung Ihrer Erstattungsansprüche gegenüber Krankenkassen oder anderen Kostenträgern. Zusätzlich bietet Ihnen DZR an, Ihre Rechnung in Teilbeträgen zu begleichen.

Nach geltender Rechtslage ist es erforderlich, dass Sie Ihre Einwilligung mit diesem Abrechnungsweg schriftlich erklären. Daher bitten wir Sie um Ihre Zustimmung. Bitte unterschreiben Sie hierzu die Einverständniserklärung auf der Vorderseite. DZR wird Ihre Daten zu den vorgenannten Zwecken auf Grundlage dieser Einverständniserklärung verarbeiten.

Selbstverständlich ist DZR gesetzlich zur Verschwiegenheit verpflichtet. Darüber wacht der Datenschutzbeauftragte von DZR. Weitere Informationen zum Datenschutz und zu Ihren Rechten entnehmen Sie bitte dem Merkblatt „Informationen zum Datenschutz“, das Ihnen Ihre Praxis gerne überlässt, oder unter www.dzr.de/dsgvo.

Herzlichen Dank für Ihr Vertrauen.

Kontaktdaten von DZR und des Datenschutzbeauftragten:



Deutsches
Zahnärztliches
Rechenzentrum

DZR Deutsches Zahnärztliches Rechenzentrum GmbH
Sitz und Amtsgericht: Stuttgart HRB 6658

Hauptsitz Stuttgart

Marienstraße 10
70178 Stuttgart
Telefon 0711 99373-4000
Telefax 0711 99373-4030

Niederlassung Neuss

Hermann-Klammt-Straße 7
41460 Neuss
Telefon 02131 77685-5000
Telefax 02131 77685-5030

Hanseatische Niederlassung

Heidenkampsweg 51
20097 Hamburg
Telefon 040 8090307-5050
Telefax 040 8090307-5070

Niederlassung FRH

Marienstraße 12
70178 Stuttgart
Telefon 0711 99373-4000
Telefax 0711 99373-4030

Datenschutzbeauftragter DZR | Marienstraße 10 | 70178 Stuttgart | E-Mail datenschutz@dzr.de
www.dzr.de