

Anmeldung



Vielen Dank, dass Sie sich für unsere Praxis entschieden haben! Um Ihnen lange Wartezeiten zu ersparen, wird unsere Praxis nach dem Bestellsystem geführt. Das bedeutet, dass wir die vereinbarte Behandlungszeit für Sie reservieren. Das heißt aber auch, dass die Praxis eventuell stillsteht, wenn Sie einen Termin nicht einhalten. Wir bitten Sie daher herzlich, Termine mindestens einen Arbeitstag vorher abzusagen, wenn Sie diese nicht einhalten können.

Ihre Angaben werden von uns elektronisch gespeichert, unterliegen aber den strengen Bestimmungen des Datenschutzes und des Arztgeheimnisses. Bitte bestätigen Sie die Kenntnisnahme der in diesem Anmeldebogen gegebenen Informationen und die Richtigkeit Ihrer Angaben mit Ihrer Unterschrift. Vielen Dank!

Liebe Patienten,

ein Zahnarztbesuch ist Vertrauenssache. Wir freuen uns, dass Sie uns Ihre Zahngesundheit anvertrauen wollen.

Um Ihre Behandlung optimal auf Sie abstimmen zu können, bitten wir Sie, **beide** Seiten dieses Bogens vollständig auszufüllen.

Falls Sie gesundheitliche Probleme haben, kreuzen Sie bitte die entsprechenden Beschwerden an. Das hilft uns, eventuelle Risiken bei der Behandlung zu vermeiden.

Nennen Sie uns auch Ihre Wünsche und teilen Sie uns mit, worauf Sie beim Zahnarzt besonderen Wert legen.

Sämtliche Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Spätere Änderungen bitten wir umgehend mitzuteilen.

Vielen Dank!

Ihr Zahnarzt

Matthias Franke

Patient

Name:

Vorname/Titel:

Straße:

PLZ/Ort:

Geb.-Datum:

Beruf:

Arbeitgeber:

Krankenkasse:

Hausarzt:

Telefon privat:

Handy:

E-Mail:

Telefon Arbeit:

Versicherungsverhältnis

- Gesetzlich versichert
- Privat versichert
- Zum Basistarif privat versichert
- Beihilfeberechtigt
- Private Zusatzversicherung

Grund meines Zahnarztbesuchs

- Kontrolluntersuchung
- Zahnschmerzen
- Zahnlockerungen
- Zahnfleischbluten
- Fehlende Zähne
- Zahnersatz
- Unzufriedenheit mit Aussehen der Zähne
- Kiefergelenksprobleme
- Zähneknirschen
- Schnarchen
- Sonstiges:

Versicherter (Eltern, Ehegatte)

Name:

Vorname/Titel:

Straße:

PLZ/Ort:

Geb.-Datum:

Beruf:

Arbeitgeber:

Telefon privat:

Wie sind Sie auf unsere Praxis gekommen?

.....

Empfehlung durch (bitte Namen nennen):

.....

Letzter Zahnarzt:

Letzter Zahnarztbesuch: (M/J)

Ich wünsche eine Beratung zu

- Mundgesundheitsvorsorge (Prophylaxe)
- Zahnfleischbehandlung
- Sichere Amalgam-Entfernung
- Metallfreie Zahnbehandlung
- Zahnersatz
- Lückenschluss mit Zahnimplantat und Krone
- Verbesserung des Prothesenhalts
- Feste Zähne statt Totalprothese
- Keramikfüllungen (Inlays)
- Keramik-Kronen und -Brücken
- Keramik-Verblendschalen
- Verschönerung meiner Zähne
- Zahnaufhellung
- Sonstiges:

.....

Weiter auf Seite 2

Angaben d. Patient*in

Name	Geboren am:
Adresse (Straße, PLZ, Ort)	

Angaben d. gesetzlichen Vertreter*in/Rechnungsempfänger*in (Eltern/Vormund/Betreuer bei Patienten unter 18 Jahren / Geschäftsunfähige / beschränkt Geschäftsfähige)

Name	Geboren am:
Adresse (Straße, PLZ, Ort)	

Sofern bei Minderjährigen nur ein/e Sorgeberchtigte/r unterzeichnet: Ich sichere zu, dass die weitere Person, mit der ich mir das Sorgerecht für d. Patient*in teile, in die Abgabe dieser Erklärung ausdrücklich eingewilligt hat, soweit ich hierzu nicht allein berechtigt bin.

Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung für die Verarbeitung personenbezogener Patientendaten gemäß Art. 6, 7 Abs. 1 lit. a DSGVO

Ich stimme hiermit der Speicherung meiner personenbezogenen Daten für den Zweck eines zahnärztlichen Behandlungsvertrags gemäß ausliegender Datenschutzerklärung durch die Praxis zu. Im Falle eines Behandlerwechsels bzw. Praxisabgabe bin ich mit der Weitergabe der erfassten Daten an den Nachfolger einverstanden. Bei einer Teilnahme am Recall-Service stimme ich der Speicherung meiner personenbezogenen Daten durch die Praxis zu.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmungen jederzeit schriftlich oder durch E-Mail an die Praxis widerrufen kann. 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).

Weitere Informationen zur Verarbeitung von personenbezogenen Daten finden Sie auf unserer Homepage: www.zahnarztpraxis-in-kassel.de Rubrik: Datenschutz

Kassel, den _____ Unterschrift _____

Einwilligungserklärung Rechnungsmanagement

Der/die Patient*in, ggf. der/die gesetzliche Vertrete*in mit Alleinvertretungsmacht erklärt:

Ich bin einverstanden

- mit der Übermittlung der zum Zwecke der Abrechnung und Geltendmachung von Forderungen aus der Behandlung erforderlichen Informationen, einschließlich Gesundheitsdaten (Name, Anschrift, Geburtsdatum, Befunde, Maßnahmen und Ergebnisse, Behandlungsverläufe), an die BAWAG AG Niederlassung Deutschland, Gasstraße 4c, 22761 Hamburg, die ihre Finanzierungsleistungen in Deutschland u.a. unter dem Markennamen Health AG anbietet und ihre zu diesem Zweck dort erfolgende Erfassung, Speicherung und Verwendung,

- mit der Rechnungsstellung durch die Health AG in eigenem Namen und auf eigene Rechnung, sowie der Abtretung der Forderung(en) an die Health AG und einbinde insoweit die Behandelnden und ihre berufsmäßig tätigen Gehilf*innen (vgl. Kopfzeile) sowie die Health AG von der Schweigepflicht, sofern dies für die Geltendmachung der Forderung(en) durch die Health AG erforderlich ist. Ich weiß, dass Einwände gegen die Forderung(en) gegenüber der Health AG zu erheben und dabei unter Umständen Einzelheiten aus der Behandlung offenzulegen sind und die Behandelnden und ihre berufsmäßig tätigen Gehilf*innen im Rahmen einer möglichen Auseinandersetzung mit der Health AG als Zeug*innen vernommen werden können.

- Ich bin ferner damit einverstanden, dass die Health AG zur Ermittlung des Zahlungsausfallrisikos Informationen über meine Bonität bei den unten genannten Wirtschaftsauskunfteien einholt und zu diesem Zweck den vollständigen Namen, das Geburtsdatum und die Anschrift der Patient*in und ggf. der gesetzlichen Vertreter*in an die Wirtschaftsauskunfteien übermittelt sowie mit den ihr bekannten zugehörigen Personendaten verknüpft. Zu diesem Zweck stellen die CRIF GmbH (Victor-Gollancz-Straße 5, 76137 Karlsruhe) und/oder die infoscure Consumer Data GmbH (Hammfelddamm 13, 41460 Neuss) Adress- und Bonitätsdaten einschließlich auf Basis eines wissenschaftlich anerkannten mathematisch-statistischen Verfahrens ermittelter Wahrscheinlichkeitswerte zur Verfügung. In die Berechnung von Wahrscheinlichkeitswerten fließen ggf. Anschriftendaten ein. In diesem Zusammenhang und Umfang entbinde ich die Health AG vom Bankgeheimnis. Dies umfasst auch eine Befreiung vom Bankgeheimnis gemäß § 38 des Österreichischen Bankwesengesetzes.

Ich erteile meine Einwilligung freiwillig und bin darüber informiert, dass eine Behandlung nicht von der Erteilung abhängig ist. Meine Einwilligung gilt auch für zukünftige Behandlungen und kann von mir jederzeit mit Wirkung für die Zukunft gegenüber den Behandelnden und ihren berufsmäßig tätigen Gehilf*innen oder der Health AG widerrufen werden. Die bis zum Widerruf getätigte Datenverarbeitung sowie erfolgte Rechnungsstellung der Health AG bleiben hiervon unberührt.

Weitere Informationen zur Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten können Sie abrufen unter: www.healthag.de/datenschutz

Kassel, den _____ Unterschrift _____

Einwilligungserklärung Ausfallzeit bezüglich Terminvereinbarung für professionelle Zahnreinigungen

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass jede Terminvereinbarung für eine professionelle Zahnreinigung verbindlich ist. Sollten Sie verhindert sein, sagen Sie Ihren Termin bitte mindestens 24 Stunden vorher telefonisch ab. Falls die Praxis nicht erreichbar ist, schreiben Sie bitte an: Termin-Zahnarzt@gmx.de. Wenn Sie später absagen, oder die Behandlung ohne Absage nicht in Anspruch nehmen, versuchen wir, den Behandlungstermin anderweitig zu belegen. Wenn uns dies nicht möglich ist, müssen wir Ihnen die Ausfallzeit pauschal mit 80,00 EUR in Rechnung stellen. Ich bestätige über diese Regel informiert worden zu sein.

Kassel, den _____ Unterschrift _____