



Patient:Innen-Fragebogen

Willkommen in unserer Praxis.

Bitte füllen Sie folgenden Fragebogen möglichst vollständig und, wo nötig, in Druckbuchstaben aus.

Vielen Dank.

Nachname, Vorname (Patient:Inn)

Geburtsdatum, Geschlecht: m w d

Was machen Sie beruflich?

Was davon trifft auf Sie zu?

Haben Sie eine Zusatzversicherung?

Sind Sie bei der Beihilfestelle?

Unser Kontakt zu Ihnen. Wie können wir Sie erreichen?

E-Mail

Telefon (privat / mobil)

Sind Sie privat versichert oder weichen die Daten von Ihrer elektronischen Gesundheitskarte ab? Dann füllen Sie uns bitte folgenden Teil aus:

Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

Telefon (geschäftlich)

Name der Versicherung

Im nächsten Teil haben wir einige allgemeine Fragen. Bitte beantworten Sie diese unabhängig von Ihrem Versicherungsstatus:

Wurden Sie an uns überwiesen? Bitte Tragen sie die oder den Ärztin / Arzt ein.

Wer ist Ihre Hausärztin / Ihr Hausarzt?

Behandeln wir eine minderjährige Person oder haben Sie einen Vormund? Sind Patient:Inn oder Zahlungspflichtiger* nicht identisch? Dann lassen Sie diesen Teil bitte von Ihrem Elternteil, Vormund* oder dem Zahlungspflichtigen* ausfüllen und unterschreiben.

Nachname, Vorname

Geburtsdatum

Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

Hat der/die Patient:In das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet, ist für eine Behandlung (außer einer akuter Schmerzbehandlung) die Einverständniserklärung des Erziehungsberechtigten* notwendig.

Datum

Unterschrift des Erziehungsberechtigten*

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand so genau wie möglich:

Leiden Sie an Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems?

Hoher Blutdruck (Hypertonie)	Ja	Nein
Niedriger Blutdruck (Hypotonie)	Ja	Nein
Herzklappenerkrankung/-defekt	Ja	Nein
Herzerkrankung	Ja	Nein
Herzoperation	Ja	Nein
Herzschrittmacher	Ja	Nein

Infektionserkrankungen:

HIV	Ja	Nein
Hepatitis	Ja	Nein
Tuberkulose	Ja	Nein
Andere:		

Habe Sie Allergien oder Unverträglichkeiten?

Lokalanästhetika	Ja	Nein
Schmerzmittel	Ja	Nein
Antibiotika	Ja	Nein

Andere:

Weitere Erkrankungen:

Blutgerinnungsstörungen	Ja	Nein
Asthma	Ja	Nein
Lungenerkrankung	Ja	Nein
Schilddrüsenerkrankung	Ja	Nein
Rheuma	Ja	Nein
Osteoporose	Ja	Nein
Epilepsie	Ja	Nein
Nierenfunktionsstörung	Ja	Nein
Ohnmachtsneigung	Ja	Nein

Leiden Sie an anderen Erkrankungen?

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

Nehmen Sie Bisphosphonate ein? Ja Nein

Diese werden in der Krebs-Therapie und bei Osteoporose verwendet.
Dazu gehören: Alendronat, Clodronat, Etidronat, Ibandronat, Pamidronat, Risedronat, Tiludronat und Zoledronat.

Falls zutreffend:

Sind Sie schwanger? Falls ja, bitte Schwangerschaftswoche angeben:

Leiden oder litten Sie an einer Tumor-Erkrankung?

Wichtige Informationen für Sie:

- Alle Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden daher streng vertraulich behandelt.
- Bitte informieren Sie uns umgehend über alle während des Behandlungszeitraumes auftretenden Änderungen.
- Aus Rücksicht auf unsere anderen Patienten, halten Sie bitte vereinbarte Termine ein. Sollten Sie verhindert sein, sagen Sie uns bitte den Termin rechtzeitig ab, andernfalls können daraus entstehende Kosten in Rechnung gestellt werden.

Weitere Unterlagen

Neben der Anamnese erhielten Sie von uns noch folgende Unterlagen. Bitte füllen Sie uns diese auch aus.

- Unsere Datenschutzerklärung
- Die Einwilligung unseres Abrechnungsbüros

Bitte bestätigen Sie mit Ihrer Unterschrift, dass Sie alle Fragen wahrheitsgemäß beantwortet haben und dass Sie alle Informationen gelesen und verstanden haben:

Datum: _____ Unterschrift des/-r Patient:Inn _____

Zahlungspflichtiger*/Erziehungsberechtigter*:

Patient:In: _____



Kurzauszug Datenschutzerklärung

ZAHNARZTPRAXIS AM GLOCKENBACH

Guten Tag!

Nach der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO) sind wir verpflichtet, Sie darüber zu informieren, zu welchem Zweck unsere Praxis Daten erhebt, speichert oder weiterleitet. Unsere komplette Datenschutzerklärung liegt für Sie **im Wartezimmer** aus.

1. Zweck der Datenverarbeitung

Die Datenverarbeitung erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben, um den Behandlungsvertrag zwischen Ihnen und dem behandelnden Zahnarzt, sowie die damit verbundenen Pflichten zu erfüllen. Hierzu verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten, insbesondere Ihre Gesundheitsdaten. Zu diesen Zwecken können uns auch Ärzte und Zahnärzte, bei denen Sie in Behandlung sind, Daten zur Verfügung stellen. Die Erhebung von Gesundheitsdaten ist Voraussetzung für Ihre Behandlung.

2. Empfänger Ihrer Daten

Wir übermitteln Ihre personenbezogenen Daten nur dann an Dritte, wenn dies gesetzlich erlaubt ist. Die Übermittlung erfolgt überwiegend zum Zwecke der Abrechnung der bei Ihnen erbrachten Leistungen sowie zur Klärung von medizinischen und sich aus Ihrem Versicherungsverhältnis ergebenden Fragen. Im Einzelfall erfolgt die Übermittlung von Daten an weitere berechtigte Empfänger. Für die Terminvergabe verwenden wir unseren Partner DoctoLib. Dafür ist es notwendig, persönliche Daten wie Name, Geburtsdatum und Kontaktdaten an DoctoLib zu übermitteln. Eine Terminvergabe ohne DoctoLib ist nicht möglich. Weitere Informationen erhalten Sie unter doctolib.de/terms/agreement.

3. Speicherung Ihrer Daten

Aufgrund rechtlicher Vorgaben sind wir dazu verpflichtet, diese Daten nach Abschluss der Behandlung für einige Zeit zu speichern.

4. Ihre Rechte

Sie haben das Recht auf Auskunft und Berichtigung unrichtiger Daten. Darüber hinaus steht Ihnen unter bestimmten Voraussetzungen das Recht auf Löschung von Daten, das Recht auf Einschränkung der Datenverarbeitung sowie das Recht auf Datenübertragbarkeit zu. In Ausnahmefällen haben Sie das Recht, die Einwilligung für die zukünftige Verarbeitung Ihrer Daten zu widerrufen. Sie haben ferner das Recht, sich bei der zuständigen Aufsichtsbehörde für den Datenschutz zu beschweren. Diese finden Sie in der kompletten Datenschutzerklärung.

6. Verantwortlichkeit für die Datenverarbeitung

Dr. Jochen Motz, Zahnarztpraxis am Glockenbach, Maistr. 44, 80337 München.

Einverständniserklärung Kontakt: Um Sie über anstehende Termine zu informieren, benötigen wir Ihr Einverständnis:

Ja, bitte erinnern Sie mich

Nein, ich möchte nicht erinnert werden.

Bitte bestätigen Sie mit Ihrer Unterschrift, dass Sie alle Informationen gelesen und verstanden haben:

München, den _____

Unterschrift Patient:In: _____

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-Informations-Dienst GmbH, Schwägerichenstr. 3, 04107 Leipzig u. a.) zwecks Einholung von Informationen zur Einschätzung meiner Zahlungsfähigkeit sowie zum Zwecke der Ansrchiftenermittlung 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.

München, den _____

Ort, Datum

Unterschrift Patient bzw. gesetzlicher Vertreter

Gesetzlicher Vertreter:

Name, Vorname

Geburtsdatum

Adresse (falls abweichend)



Zahnarztpraxis am Glockenbach
ZA Jochen Motz

Praxisstempel

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 datenschutz@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 Auskunftsteilen herangezogen werden.

5. Kategorien personenbezogener Daten, die verarbeitet werden

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

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

6. Kategorien von Empfängern der personenbezogenen Daten

Auskunftteilen 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.