

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

Patient/in

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

Angaben des gesetzlichen Vertreters/Rechnungsempfängers (Eltern/Vormund/Betreuer bei Patienten unter 18 Jahren / Geschäftsunfähige / beschränkt Geschäftsfähige)

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

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 Patient erklärt, ggf. vertreten durch gesetzliche Vertreter mit Alleinvertretungsmacht:

Ich bin einverstanden

- mit der Weitergabe der zum Zwecke der Abrechnung und Geltendmachung von Forderungen aus der Behandlung erforderlichen Informationen, insbesondere von Daten aus den Patientenunterlagen (Name, Anschrift, Geburtsdatum, Befunde, Behandlungsdaten und -verläufe), an die EOS Health Honorarmanagement AG, Lübeckertordamm 1–3, 20099 Hamburg, kurz Health AG, sowie mit der dort erfolgenden Verarbeitung,

- mit der Rechnungsstellung durch die Health AG in eigenem Namen und auf eigene Rechnung,

- mit der Weitergabe der vorgenannten Informationen, insbesondere von Daten aus den Patientenunterlagen (s. o.), an die SPV Health Finanzierungs-GmbH, Joachimsthaler Straße 20, 10719 Berlin, kurz SPV,

- mit einer Abtretung der Forderung(en) an die Health AG und zum Zwecke der Refinanzierung mit einer Weiterabtretung der Forderung(en) durch die Health AG an die SPV

und entbinde insoweit meinen Behandler bzw. die Praxis (vgl. Briefkopf) sowie die Health AG von der Schweigepflicht, sofern dies für die Geltendmachung der Forderung(en) durch die Health AG oder die SPV erforderlich ist. Ich weiß, dass Einwände gegen die Forderung(en) gegenüber der Health AG oder ggf. der SPV zu erheben und dabei unter Umständen Einzelheiten aus der Behandlung offenzulegen sind und mein Behandler bzw. die Praxis im Rahmen einer möglichen Auseinandersetzung mit der Health AG oder ggf. der SPV als Zeuge vernommen werden kann. Ich bin ferner damit einverstanden, dass mein Behandler bzw. die Praxis oder die Health AG Informationen über meine Bonität bei Auskunfteien einholt. Zu diesem Zweck stellt z. B. die CRIF Bürgel GmbH (Radtkoferstraße 2, 81373 München) die in ihrer Datenbank zu meiner Person gespeicherten Adress- und Bonitätsdaten einschließlich solcher, die auf Basis eines wissenschaftlich anerkannten mathematisch-statistischen Verfahrens ermittelt werden, zur Verfügung, sofern mein Behandler bzw. die Praxis oder die Health AG ein berechtigtes Interesse glaubhaft dargelegt hat. In die Berechnung von Wahrscheinlichkeitswerten fließen ggf. Anschriftendaten ein. Ich erteile meine Einwilligung freiwillig und bin darüber informiert, dass eine Behandlung nicht von der Erteilung abhängig ist. Meine Zustimmung gilt auch für zukünftige Behandlungen und kann von mir jederzeit mit Wirkung für die Zukunft gegenüber meinem Behandler bzw. der Praxis 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 _____