

Patient

Name/ Vorname

Geburtsdatum

Mitglied

Name/ Vorname

Geburtsdatum

Anschrift

Strasse

PLZ/ Wohnort

Telefon

Mobiltelefon

Email

Beruf

Arbeitgeber

Wer hat uns empfohlen?

Krankenkasse

Sind Sie basisversichert?

Ja

Nein

Haben Sie eine private Zusatz-Krankenversicherung?

Ja

Nein

Für unsere privat versicherten Patienten:

Beinhaltet Ihr Versicherungsvertrag besondere Einschränkungen?

Ja

Nein

(z.B. Beschränkung auf den 1,8 fachen Satz im sog. "Standardtarif")

Sind Sie Beihilfeberechtigter des öffentlichen Dienstes?

Ja

Nein

Sehr geehrter Patient – sehr geehrte Patientin,

Wir sind bemüht Ihnen eine möglichst angenehme und umfassende Behandlung zu bieten. Im Interesse eines komplikationslosen Verlaufs bitten wir Sie die nachfolgenden Fragen zu beantworten und mit Ihrer Unterschrift zu bestätigen. Alle Angaben werden streng vertraulich behandelt und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Bei eventuell auftretenden Fragen sind wir Ihnen selbstverständlich gerne behilflich.

Welcher Arztkollege betreut Sie?

Sind Sie derzeit in ärztlicher Behandlung?

Ja

Nein

Wenn ja, weshalb?

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Ja Nein
Wenn ja, welche?

Wo waren Sie zuletzt zahnärztlich in
Behandlung?

Haben oder hatten Sie eine der nachfolgend aufgeführten Krankheiten?

Herz- oder Kreislauferkrankungen Ja Nein
Tragen Sie einen Herzschrittmacher? Ja Nein
Erkrankungen der Schilddrüse Ja Nein
Allergien Ja Nein

Wenn ja, welche?

Lebererkrankungen (Hepatitis, Gelbsucht) Ja Nein
Infektionskrankheiten (z.B. HIV+, AIDS) Ja Nein
Tuberkulose Ja Nein
Diabetes mellitus (Zucker) Ja Nein
Asthma Ja Nein
Rheumatische Erkrankungen Ja Nein
Erhöhte Blutungsneigung Ja Nein
Creutzfeldt-Jakob Erkrankung Ja Nein
Sonstige Erkrankungen Ja Nein

Rauchen Sie? Ja Nein
Wenn ja, wieviel Zigaretten/Tag?

Wurden Sie in den letzten 12 Monaten im Mund-Kieferbereich geröntgt? Ja Nein
Wurde bei Ihnen eine kieferorthopädische Behandlung durchgeführt? Ja Nein
Sind für Sie ästhetisch schöne/ weisse Zähne wichtig? Ja Nein
Wurde bei Ihnen bisher eine Parodontose Behandlung durchgeführt? Ja Nein
Wenn ja, wann?

Wurden Sie schon einmal im Kopf-/Halsbereich operiert? Ja Nein
Wurde bei Ihnen bisher eine professionelle Zahnreinigung durchgeführt? Ja Nein
Wann waren Sie das letzte Mal beim Zahnarzt?
Blutet ihr Zahnfleisch ab und zu? Ja Nein
Knirschen Sie mit den Zähnen? Ja Nein
Tragen Sie nachts eine Aufbißschiene? Ja Nein
Für unsere Patientinnen: Sind Sie schwanger? Ja Nein

Eigene Zähne ein ganzes Leben lang – erstrebenswert? Ja Nein

Bitte beachten Sie, dass bei einer Behandlung mit örtlicher Betäubung Ihre Verkehrstüchtigkeit eingeschränkt sein kann.

Bedenken Sie bitte ebenfalls, dass für den vereinbarten Behandlungstermin die Praxis Ihnen und Ihrer Gesundheit zur Verfügung steht. Sagen Sie deshalb Termine, die Sie nicht einhalten können, frühzeitig – mindestens jedoch 24 Stunden vor Behandlungsbeginn – ab. Sollten wir vergeblich auf Sie warten und in dieser Zeit nicht anderweitig ausgelastet sein, müssen wir Ihnen die Ausfallzeit mit 50,- Euro pro begonnene halbe Behandlungsstunde in Rechnung stellen.

Datum/ Unterschrift

Vielen Dank für Ihre Angaben.
Wichtige Informationen:

- Alle Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden daher streng vertraulich behandelt. Der Speicherung meiner persönlichen Daten stimme ich zu.
- Ich verpflichte mich, Sie umgehend über alle während des Behandlungszeitraums auftretenden Änderungen, zu informieren.
- Ich bin darüber aufgeklärt worden, dass bei einer Unterkieferanästhesie eine Schädigung des Unterkiefernervs (N. alveolaris inferior), sowie des Zungennervs (N. lingualis) auftreten kann. Die Dauer und das Ausmaß der Beeinträchtigung ist nicht vorhersagbar. Eine bleibende Schädigung ist in außergewöhnlichen Fällen möglich.
- Ich bin einverstanden von der Zahnarztpraxis angeschrieben zu werden, um mich an meine alljährliche Kontrolluntersuchung zu erinnern (Recall-System).

Meine Email Adresse hierfür lautet: _____

Meine Handy Nummer lautet: _____

- Ich bin über das Abrechnungsbüro Mediserv informiert worden (s. beiliegendes Blatt/ Einverständniserklärung)
- Soweit der Informationsbedarf eine Datenübermittlung im Sinne des Paragraph 3 Abs. 4 Nr. 3 des Bundesdatenschutzgesetz bedingen sollte, erkläre ich mich mit dieser Datenübermittlung einverstanden (s. beiliegende Datenschutzeinverständniserklärung).

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die abgedruckten Informationen gelesen und verstanden habe.

Ort, Datum

Unterschrift Patient und Zahlungspflichtiger/
Erziehungsberechtigter

Zahnpraxis Annemarie Kapitza

Hinweis auf Datenverarbeitung

Durch den Patienten auszufüllen!

.....
(Name, Vorname)

.....
(Geburtsdatum)

Ich habe davon Kenntnis genommen, dass im Rahmen der Behandlung in der Zahnarztpraxis Kapitza Daten über meine Person, meinen sozialen Status sowie für die Behandlung notwendigen medizinischen Daten gespeichert, verarbeitet bzw. genutzt werden und im Rahmen der Zweckbestimmung unter Beachtung der jeweiligen datenschutzrechtlichen Regelung an Dritte (z. B. überweisende Kieferorthopäden, bei histologischen Untersuchungen das Institut für Pathologie in Speyer, bei mikrobiologischen Untersuchungen das Institut HAIN Life Science in Nehren, Fremdlabore für Zahnersatz bzw. Schiene/ Bohrschablone Labor Lehr in Lingenfeld, Labor Höhn in Keltern, Labor Göttler in Ketsch, Labor Permadental in Emmerich/ Rhein, Oralchirurgen Drs. Kliem&Medgenberg in Speyer, Dr. Hoffmann in Kirrlach, Dr. Schaaf in Baden-Baden, Abrechnungsmanagement Firma Compedens in Walldorf und Anästhesist Dr. Theurer in Pforzheim) übermittelt werden können.

In der Regel handelt es sich dabei entsprechend §301 SGB V um folgende Daten, die je nach Versichertenstatus (z.B. Kassenpatient oder Selbstzahler) variieren können.

1. Name des Versicherten
2. Geburtsdatum
3. Anschrift
4. Krankenversicherungsnummer
5. Versichertenstatus
6. Den Tag und den Grund der Aufnahme, sowie die Diagnosen
7. Datum und Art der Behandlung(en)

Zahnpraxis Annemarie Kapitza

Einverständniserklärung zur Datenübermittlung/ Datenanforderung an/ von Dritte(n)

(s. Hinweis)

Ich bin damit einverstanden, dass die Zahnarztpraxis Kapitza die mich betreffenden Behandlungsdaten und Befunde an Dritte zum Zwecke der Dokumentation und Weiterbehandlung **übermittelt**. Die **Übermittlung** der Behandlungsdaten und Befunde dient der Erstellung und Vervollständigung der Dokumentation bei meinem überweisenden bzw. nachbehandelnden Zahnarzt/ Kieferorthopäden bzw. Arzt.

Ja () Nein ()

Ferner bin ich damit einverstanden, dass die Zahnarztpraxis Kapitza die bei meinem überweisenden bzw. nachbehandelnden Zahnarzt bzw. Kieferorthopäden vorliegenden Behandlungsdaten und Befunde, soweit diese für meine Behandlung erforderlich sind, **anfordern** kann. Diese **Anforderung** ermöglicht es, die für eine Behandlung erforderlichen Angaben aus der Dokumentation des überweisenden bzw. nachbehandelnden Zahnarzt/ Kieferorthopäden zu erhalten. Die Zahnarztpraxis Kapitza wird die Daten jeweils nur zu diesem Zwecke verarbeiten, zu dem sie übermittelt worden sind.

Ja () Nein ()

Mein überweisender/ nachbehandelnder Zahnarzt/ Kieferorthopäden ist:

(Name und Anschrift)

Versenden von digitalen Röntgenbilder durch die Zahnarztpraxis Kapitza an Dritte bzw. durch Dritte an die Zahnarztpraxis Kapitza:

() ja, die Röntgenbilder dürfen per Mail mit Namen und Geburtsdatum versendet werden.

() ja, die Röntgenbilder dürfen per Mail mit Patientennummer und Aufnahmedatum versendet werden.

() nein, die Röntgenbilder dürfen nicht per Mail versendet werden. In diesem Fall bin ich damit einverstanden, dass die Röntgenbilder auf einen neuen USB Stick, ausgehändigt durch die Zahnarztpraxis Kapitza, gespeichert werden. Ein Fremd-USB Stick darf aufgrund evtl. Malware o.ä. nicht verarbeitet werden. Die Materialkosten in Höhe von Euro 4,76 sind in bar in der Zahnarztpraxis Kapitza zu begleichen.

Diese Einwilligungserklärung kann jederzeit ganz oder teilweise widerrufen werden.

Datum _____ Unterschrift _____
(Patient/ gesetzlicher Vertreter)

Praxis

Zahnpraxis
Annemarie Kapitza
Landauer Str. 40

67346 Speyer

Einverständniserklärung für die Abrechnung über eine Private Abrechnungsgesellschaft

Hiermit erkläre ich,

Frau/ Herr Name Patientin/ Patient,
geboren am Geburtsdatum

mich damit einverstanden, dass alle zur Rechnungserstellung notwendigen Daten, wie Anschrift, Geburtsdatum, Kostenträger, Behandlungstage, erbrachte Leistungen nach der Gebührenordnung und dazugehörige Diagnosen von ZÄ Annemarie Kapitza

zum Zwecke der Rechnungsstellung durch **Frau Nicole Seipel:**

Nicole Hohlstein
Compedens
Zahnärztliches Abrechnungs- und Praxismanagement
Rockenauerpfad 6
69190 Walldorf

eingesehen und übermittelt werden. Ich entbinde Annemarie Kapitza insoweit von ihrer Schweigepflicht.

Speyer, den Datum

.....
(Unterschrift der Patientin/ des Patienten)

Praxis

Zahnpraxis
Annemarie Kapitza
Landauer Str. 40

67346 Speyer

Einverständniserklärung für die Abrechnung über eine Private Abrechnungsgesellschaft

Hiermit erkläre ich,

Frau/ Herr Name Patientin/ Patient,
geboren am Geburtsdatum

mich damit einverstanden, dass alle zur Rechnungserstellung notwendigen Daten, wie
Anschrift, Geburtsdatum, Kostenträger, Behandlungstage, erbrachte Leistungen nach der
Gebührenordnung und dazugehörige Diagnosen von ZÄ Annemarie Kapitza

zum Zwecke der Rechnungsstellung der **Mediserv**:

Mediserv Bank GmbH
Am Halberg 6
66094 Saarbrücken

übermittelt werden. Ich entbinde Annemarie Kapitza insoweit von ihrer Schweigepflicht.

Speyer, den Datum

.....
(Unterschrift der Patientin/ des Patienten)