



# ZAHNREVIER

IHR ZAHNARZT IN WANNE-EICKEL

## HERZLICH WILLKOMMEN IN UNSERER PRAXIS!

Amtsgericht Essen, PR 789

Patient/in: Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ geb. am: \_\_\_\_\_

Mitglied: Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ geb. am: \_\_\_\_\_

Anschrift: PLZ/Ort: \_\_\_\_\_ Straße/Nr.: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_

Gesetzliche Krankenkasse: \_\_\_\_\_ Pflegestufe:  ja  nein

Private Zahnzusatzversicherung:  ja  nein Beihilfeberechtigt:  ja  nein

Private Versicherung: \_\_\_\_\_ Arbeitgeber/Tel.: \_\_\_\_\_

Standardtarif:  ja  nein

Empfohlen durch: \_\_\_\_\_ Gesundheits-Info erwünscht:  ja  nein

## ICH HABE FOLGENDE BESCHWERDEN BZW. BEHANDLUNGSWÜNSCHE:

- |                                                                           |                                                                                  |                                                                   |                                                                        |
|---------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Zahnschmerzen                                    | <input type="checkbox"/> Parodontosebehandlung                                   | <input type="checkbox"/> Mundgeruch                               | <input type="checkbox"/> Routinekontrolle                              |
| <input type="checkbox"/> Prophylaxe                                       | <input type="checkbox"/> Ästhetische Zahnheilkunde                               | <input type="checkbox"/> Amalgam-Entfernung                       | <input type="checkbox"/> Implantate                                    |
| <input type="checkbox"/> Tinnitus                                         | <input type="checkbox"/> Zahnaufhellung (Bleaching)                              | <input type="checkbox"/> Zahnersatz                               | <input type="checkbox"/> sog. zweite Meinung                           |
| <input type="checkbox"/> Abklären von Herden<br>(chronische Entzündungen) | <input type="checkbox"/> Kiefergelenkbehandlung<br>(Kopf- und Gesichtsschmerzen) | <input type="checkbox"/> Endodontie<br>(Erhalt entzündeter Zähne) | <input type="checkbox"/> Abklären von Material-<br>Unverträglichkeiten |
- Andere Beschwerden und zwar \_\_\_\_\_

Welche Erkrankungen liegen bei Ihnen vor  
(z. B.: Erkrankungen des Herzens oder der Leber, Blutdruckstörungen,  
Rheuma, Allergien, Zuckerkrankheit, Infektionskrankheiten)? \_\_\_\_\_

Welche Medikamente, insbesondere Bisphosphonate, nehmen Sie  
regelmäßig ein? \_\_\_\_\_

### Zusatzfrage für weibliche Patienten

Besteht bei Ihnen zurzeit eine Schwangerschaft?  ja  nein

Ich verpflichte mich, vor späteren Röntgenaufnahmen, den behandelnden Zahnarzt von einer evtl. Schwangerschaft zu unterrichten.

Tragen Sie Zahnersatz (Kronen, Brücken, Prothesen, Teilprothesen) der jünger als 2 Jahre ist?  ja  nein

Wie alt ist der ggf. vorhandene Zahnersatz? \_\_\_\_\_

Ich nehme seit \_\_\_\_\_ 1x jährlich an der regelmäßigen Kontrolluntersuchung teil.  ja  nein

Rauchen Sie?  ja  nein Wünschen Sie eine Verschönerung Ihrer Zähne?  ja  nein

Ich verpflichte mich, vereinbarte Termine einzuhalten oder mindestens 24 Stunden im Voraus abzusagen, andernfalls können daraus entstehende Kosten in Rechnung gestellt werden.  
Ich erkläre mich damit einverstanden und entbinde meine behandelnden Zahnärzte von ihrer Schweigepflicht nach §203 StGB, dass meine personenbezogenen Gesundheitsdaten an das Dentallabor MeisterWerk, Robert-Bosch-Str. 2, 59439 Holzwickede, weitergeleitet und von ihm eingesehen werden dürfen.

Ort, Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift des Patienten oder Erziehungsberechtigten \_\_\_\_\_

## EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG DER BFS\*

Wir möchten uns voll und ganz auf Sie und Ihre Behandlung konzentrieren. Deshalb haben wir uns dafür entschieden, die Abrechnung einem kompetenten Partner zu übertragen: BFS health finance GmbH, Hülshof 24, 44369 Dortmund

Ich erkläre mich ausdrücklich freiwillig einverstanden mit der

- möglichen Anfrage durch den Behandler bei BFS bezüglich der Abrechnung über BFS, auch vor Aufnahme der Behandlung,
- Einholung einer Bonitätsinformation bei einer Auskunft durch BFS (unter Angabe von Name, Geburtsdatum und Anschrift des Patienten/ Zahlungspflichtigen), soweit erforderlich,
- Abtretung der sich aus der Behandlung ergebenden Forderungen an BFS,
- Weiterabtretung der Forderungen durch BFS an die refinanzierende Bank (Landesbank Hessen-Thüringen Girozentrale),
- Übermittlung der für die Abrechnung und Geltendmachung der Forderungen erforderlichen Informationen (u.a. Name, Geburtsdatum, Anschrift, Diagnose, Leistungsziffern, Behandlungsdaten und -verläufe) an BFS und ggf. an die refinanzierende Bank,
- befristeten Nutzung meiner Daten durch BFS zur Prüfung des Entwicklungssystems und Optimierung interner Abläufe bei der Abrechnung; mit anschließender Löschung der Daten.

Ich wurde darüber informiert, dass BFS die Leistungen meines Behandlers mir gegenüber abrechnen und den Rechnungsbetrag bei mir geltend machen wird. Sollte es über die Berechtigung der Forderung unterschiedliche Auffassungen geben, kann der Behandler in einer etwaigen Auseinandersetzung als Zeuge gehört werden. Nach Abschluss des Verfahrens werden die Daten gelöscht. Es gelten die gesetzlichen Aufbewahrungsfristen.

Beide Elternteile sind sorgeberechtigt und nur ein Elternteil ist anwesend

Ich erkläre hiermit, in meiner Eigenschaft als gesetzlicher Vertreter, zur alleinigen Einwilligungserteilung der Übermittlung der für die Abrechnung erforderlichen Informationen meines Kindes von dem abwesenden Elternteil berechtigt zu sein. \*\*

Schweigepflichtsentbindung

Ich entbinde meinen Behandler, seine Vertretung und die BFS in dem aufgezeigten Rahmen jeweils von ihrer Schweigepflicht. Vorstehende Erklärungen können mit Wirkung für die Zukunft schriftlich widerrufen werden.

\* Streichungen und/oder Änderungen der vorstehenden Erklärungen sind nicht zulässig und machen die Einverständniserklärung unwirksam.

\*\* Bitte durch Ankreuzen bestätigen.

Ort, Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift des Patienten oder Erziehungsberechtigten \_\_\_\_\_