



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: Straße/Nr.: _____ PLZ/Ort: _____ Telefon: _____

Beruf: _____ E-Mail: _____ Mobil: _____

Gesetzliche Krankenkasse: _____ Private Versicherung ja nein

Private Zahnzusatzversicherung: ja nein Beihilfeberechtigt: ja nein

Pflegestufe: ja nein Standardtarif.: ja nein

Empfohlen durch: _____

ICH HABE FOLGENDE BESCHWERDEN BZW. BEHANDLUNGSWÜNSCHE:

Zahnschmerzen Routinekontrolle Prophylaxe Zahnersatz Andere Beschwerden: _____

Welche Erkrankungen liegen bei Ihnen vor

Erkrankungen des Herzens Erkrankungender Leber Blutdruckstörungen Rheuma Allergien

Zuckerkrankheit Infektionskrankheiten andere Erkrankungen: _____

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

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

Rauchen Sie? 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 Dentalstudio Christopher Naß, Rathausstr. 121a, 44649 Herne, 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 Auskunftei 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,
- mit der Übermittlung und Verarbeitung der Rechnungsnummer, dem Fälligkeitsdatum sowie der Rechnungshöhe an die Landesbank Hessen-Thüringen Girozentrale, sowie an die European Receivables Finance SA, jeweils zum Zwecke der Sicherung offener Forderungen und zur Refinanzierung des Geschäftsmodells der BFS,
- 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