Dr. Sabine Probst
Zahnarztpraxis

Herzlich Willkommen in unserer Praxis

Liebe Patientin, lieber Patient,
bevor wir uns über Ihre zahnmedizinischen Problemen und Wünsche persönlich unterhalten können, benötigen wir neben den Angaben zu Ihrer Person auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist wichtig, um mögliche Risiken zu erkennen und damit angemessen umzugehen. Wir bitten Sie, den Erhebungsbogen gewissenhaft und vollständig auszufüllen. Er wird Ihren persönlichen Unterlagen beigefügt. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Patientendaten:

Name

Vorname

Geburtsdatum/-ort

Straße

PLZ

Ort

Telefon

Mobil

Telefon dienstlich

E-Mail-Adresse

	Ja	Nein
Gesetzliche Krankenkasse – bitte angeben:		
Pflichtversichert		
Freiwillig versichert		
Privat zahnärztlich zusatzversichert		
Kostenerstattung (Rechnungstellung erfolgt an Patient direkt)		
Private Krankenversicherung – bitte angeben:		
Normal versichert (ohne Einschränkung)		
Standardtarif (Faktor bis 2,0 eingeschränkt)		
Basistarif (Faktor bis 1,8 eingeschränkt)		
Beihilfe berechtigt		

Versichertendaten (sofern sie von den Patientendaten abweichen)
Hauptversicherter / Rechnung an gesetzlichen Vertreter:

Geburtsdatum des Hauptversicherten / gesetzlichen Vertreters:

Aktuelle Anschrift (Straße/PLZ/Ort) des Hauptversicherten / gesetzlichen Vertreters:

	Ja	Nein
Recall / Terminerinnerung		
Interesse an Erinnerung der regelmäßigen Vorsorge (Recall)?	☐	☐
Interesse an Terminerinnerung?	☐	☐

Wie möchten Sie erinnert werden? ☐ SMS ☐ E-Mail

Ihr persönlicher Gesundheitscheck		
Herzerkrankung	☐	☐
Herzschrittmacher	☐	☐
Künstliche Herzklappe	☐	☐
Stents	☐	☐
Haben Sie einen Herzpass? (Bitte legen Sie ihn uns zur Anfertigung einer Kopie vor!)	☐	☐
Endoprothesen (künstliche Gelenke)	☐	☐
Hoher Blutdruck	☐	☐
Niedriger Blutdruck	☐	☐
Blutgerinnungshemmer	☐	☐
Rheuma	☐	☐
Diabetes	☐	☐
Schilddrüsenerkrankung	☐	☐
Lebererkrankung	☐	☐
Hepatitis	☐	☐
Magen- /Darmerkrankung	☐	☐
Nierenerkrankung	☐	☐
Nasen- /Nebenhöhlenerkrankung	☐	☐
Lungenerkrankung	☐	☐
Asthma	☐	☐
COPD	☐	☐
Epilepsie	☐	☐
Tumorerkrankungen	☐	☐
Chemotherapie	☐	☐
Verminderte Infektabwehr	☐	☐
Osteoporose	☐	☐

Haben Sie eine sonstige schwere Erkrankung?

_____

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?

_____

Gibt es eine Medikamentenliste? ☐ ☐

Wer ist Ihr Hausarzt? Name: _____ Ort: _____

	Ja	Nein
Nehmen Sie orale oder intravenöse Bisphosphonate (-dronat, z.B. Zometa)?	☐	☐
Haben Sie eine Penicillin-Allergie?	☐	☐
Haben Sie sonstige Allergien?	☐	☐
Haben Sie einen Allergiepass? (Bitte legen Sie ihn uns zur Anfertigung einer Kopie vor!)	☐	☐
Benötigen Sie eine Antibiotika-Gabe vor zahnärztlichen Eingriffen?	☐	☐
Sind Sie Raucher?	☐	☐
Für unsere weiblichen Patienten – sind Sie schwanger?	☐	☐

Wenn ja, in welcher Woche? _____

Grund Ihres Besuches

- ☐ Kontrolluntersuchung
- ☐ Zahnschmerzen
- ☐ Zahnfleischbluten / Mundgeruch
- ☐ Migräne /Kopf- und/oder Nackenschmerzen
- ☐ Kiefergelenksbeschwerden / Knirschen / Pressen
- ☐ Überempfindliche Zähne
- ☐ Professionelle Zahnreinigung
- ☐ Interesse an Bleaching / Zahnaufhellung
- ☐ Beratungsgespräch
- ☐ Zweitmeinung
- ☐ Interesse an Implantaten
- ☐ Neuer Zahnersatz
- ☐ Sonstiger Wunsch

Sie sind uns wichtig

Was ist Ihnen bei der Behandlung ganz besonders wichtig?
(Sie können auch mehrere Antworten ankreuzen)

- ☐ Besonders genaues Eingehen auf meine Bedürfnisse und Anliegen
- ☐ Viel Information darüber, was gerade in der Behandlung passiert
- ☐ Schmerzfreiheit während und nach der Behandlung
- ☐ Beruhigende und angstlösende Atmosphäre und Maßnahmen
- ☐ Ästhetik der Zähne, auch kosmetische Zahnbehandlungen
- ☐ Hochwertige Materialien für Füllungen und Zahnersatz
- ☐ Preisgünstige Lösungen, möglichst keine Zuzahlung
- ☐ Mir ist nichts herausragend wichtig / mir ist alles ähnlich wichtig
- ☐ Bitte nur das Zahnproblem lösen, dann will ich schnell wieder weg ☺

Haben Sie Angst vor der zahnmedizinischen Behandlung?	☐	☐
Leiden Sie unter Würgereiz?	☐	☐
Leiden Sie unter Mundtrockenheit?	☐	☐

In welcher Zeit können Sie zahnärztliche Termine / Prophylaxe wahrnehmen?

- ☐ Zu jeder Zeit
- ☐ Vormittags (9 – 12 Uhr)
- ☐ Mittags (12 – 14 Uhr)
- ☐ Nachmittags (14 – 17 Uhr)
- ☐ Abends (17-19 Uhr)

Ihre Wunschwochentage ☐ Mo ☐ Di ☐ Mi ☐ Do ☐ Fr

Ihre Wunschzeiten (s.o.)

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

- ☐ Persönliche Empfehlung
- ☐ Google
- ☐ Jameda
- ☐ Praxishomepage

Wichtige Information – bitte beachten

Um Ihnen unnötige Wartezeiten zu ersparen, wird unsere Praxis nach dem Bestellsystem geführt. Wir sind immer bemüht Ihnen lange Wartezeiten zu ersparen. Deshalb bitten wir Sie, vereinbarte Termine rechtzeitig, mindestens 24 Stunden vorher, abzusagen. Geschieht dies nicht rechtzeitig, kann der Termin in Rechnung gestellt werden. Die Vergütung beträgt pro Stunde 50€ (=Ausfallentgeld gemäß §§ 301, 611, 615).

Mit meiner Unterschrift bestätige ich den Absatz „Wichtige Information – bitte beachten" gelesen und verstanden zu haben und erkläre mich mit dem Inhalt einverstanden.

Ort, Datum

Unterschrift Patient (bzw. gesetzlicher Vertreter) und Hauptversicherter (falls abweichend)

Hinweis für gesetzlich Versicherte

Wir benötigen Ihre elektronische Gesundheitskarte bei jedem Besuch in unserer Praxis.

Liegt uns die Karte 14 Tage nach der erfolgten Behandlung bzw. rechtzeitig vor dem Quartalsende zum 31.03. / 30.06. / 30.09. / 31.12 des jeweiligen Jahres nicht vor, betrachten wir sie als Privatpatient und Sie erhalten eine Privatrechnung.

Ich bestätige, dass ich den Anamnesebogen gelesen und alle Fragen verstanden habe. Ich versichere, die Angaben auf diesem Bogen vollständig und inhaltlich richtig gemacht zu haben.

Ort, Datum

Unterschrift Patient (bzw. gesetzlicher Vertreter) und Hauptversicherter (falls abweichend)

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname und Anschrift der Patientin/des Patienten

Geburtsdatum

Pflichtfeld – per Hand ausfüllen oder per EDV bedrucken

Haben sich Ihre Daten geändert? Sprechen Sie uns bitte an.

Ggf. gesetzl. Vertreter/-in* oder abweichende/-r Rechnungsempfänger/-in

Name, Vorname

Geburtsdatum

Straße

PLZ, Ort

Stellung zur Patientin/zum Patienten:

☐ Elternteil** ☐ Betreuer/-in ☐ Ehegattin/-gatte

☐ oder

** Bei gemeinsamem Sorgerecht wird die nachstehende Erklärung auch im Namen des anderen Elternteils abgegeben.

Einverständniserklärung

04.18 - 9V./265.000

Ich erkläre mich einverstanden mit der

- Weitergabe der zur Abrechnung und Geltendmachung der Forderungen jeweils erforderlichen Informationen, insbesondere von Daten aus der Patientenkartei (Name, Geburtsdatum, Anschrift, Befunde, Behandlungsdaten und -verläufe), an die ABZ Zahnärztliches Rechenzentrum für Bayern GmbH (ABZ-ZR) und der dort vorzunehmenden Verarbeitung dieser Daten.
- möglichen Einholung einer Information durch ABZ-ZR bei einer Auskunftei zur Prüfung meiner Bonität. Die Praxis und/oder ABZ-ZR teilen auf Nachfrage Name und Adresse der Auskunftei mit.
- Abtretung der sich aus der Behandlung ergebenden Forderungen an ABZ-ZR.
- im Rahmen der Refinanzierung erfolgenden Weiterabtretung der Forderungen durch ABZ-ZR an die DZ BANK AG Deutsche Zentral-Genossenschaftsbank, Frankfurt am Main (DZ BANK), wobei mir bewusst ist, dass die DZ BANK in diesem Zusammenhang Einsicht in die von der Praxis erteilten, erforderlichen Informationen gemäß dem ersten Absatz verlangen könnte.

Ich wurde darüber aufgeklärt, dass ABZ-ZR die Leistungen meiner Praxis mir gegenüber im eigenen Namen in Rechnung stellen und für sich geltend machen wird. Sollte es über die Berechtigung der Forderungen unterschiedliche Auffassungen geben, kann die Zahnärztin/Ärztin, der Zahnarzt/Arzt in einer etwaigen Auseinandersetzung als Zeugin/Zeuge gehört werden.

Ich entbinde meine Zahnärztin/Ärztin, meinen Zahnarzt/Arzt sowie ABZ-ZR von der Schweigepflicht, soweit dies für die Abrechnung, Prüfung und Geltendmachung der Forderungen erforderlich ist; auch zugunsten der DZ BANK.

Diese Zustimmung kann jederzeit – allerdings nur mit Wirkung für die Zukunft – widerrufen werden. Der Widerruf ist entweder gegenüber der Praxis oder ABZ-ZR zu erklären.

Umseitige Informationen zum Datenschutz habe ich zur Kenntnis genommen. Eine Kopie dieser Einverständniserklärung habe ich erhalten.

Ort/Datum

Unterschrift Patient/-in bzw. gesetzl. Vertreter/-in*
und ggf. abweichende/-r Rechnungsempfänger/-in
*bei Personen unter 18 Jahren/Geschäftsunfähigen/beschränkt Geschäftsfähigen

Praxisstempel

ABZ Zahnärztliches Rechenzentrum für Bayern GmbH
Oppelner Straße 3 | 82194 Gröbenzell

Bitte händigen Sie Ihren Patienten eine Zweitschrift aus.

Informationen zu Ihrer Rechnung

Liebe Patientin, lieber Patient,

das Wichtigste für Ihren Behandlungserfolg ist, dass Ihre Praxis sich zu 100 Prozent auf Sie konzentrieren kann. Um hierfür möglichst viel Zeit zu haben, hat Ihre Praxis die Abrechnung der **ABZ Zahnärztliches Rechenzentrum für Bayern GmbH (ABZ-ZR)** übertragen. Die Rechnungsstellung über ABZ-ZR ist für Sie selbstverständlich kostenlos.

ABZ-ZR gewährleistet die korrekte Bearbeitung der von Ihrer Praxis vorgegebenen Rechnungen. Aufgrund jahrzehntelanger Erfahrung in der Abrechnung entlastet ABZ-ZR Ihre Praxis deutlich bei den Verwaltungstätigkeiten. Die eingesparte Zeit kommt somit voll und ganz Ihnen zugute.

Für Ihre Fragen zur Abrechnung stehen Ihnen die kompetenten Mitarbeiter von ABZ-ZR gerne zur Verfügung. Insbesondere helfen Ihnen die Experten bei der Durchsetzung Ihrer Erstattungsansprüche gegenüber Krankenkassen oder anderen Kostenträgern. Zusätzlich bietet Ihnen ABZ-ZR an, Ihre Rechnung in Teilbeträgen zu begleichen.

Nach geltender Rechtslage ist es erforderlich, dass Sie Ihre Einwilligung mit diesem Abrechnungsweg schriftlich erklären. Daher bitten wir Sie um Ihre Zustimmung. Bitte unterschreiben Sie hierzu die Einverständniserklärung auf der Vorderseite. ABZ-ZR wird Ihre Daten ausschließlich auf Basis dieser Einverständniserklärung verarbeiten.

Selbstverständlich ist ABZ-ZR gesetzlich zur Verschwiegenheit verpflichtet. Darüber wacht der Datenschutzbeauftragte von ABZ-ZR. Weitere Informationen zum Datenschutz und zu Ihren Rechten entnehmen Sie bitte dem Merkblatt „Informationen zum Datenschutz“, das Ihnen Ihre Praxis gerne überlässt, oder unter www.abz-zr.de/dsgvo.

Herzlichen Dank für Ihr Vertrauen.

Kontaktdaten von ABZ-ZR und des Datenschutzbeauftragten:

ABZ Zahnärztliches Rechenzentrum
für Bayern GmbH
Oppelner Straße 3
82194 Gröbenzell
Telefon 08142 6520-6
Telefax 08142 6520-892

Datenschutzbeauftragter ABZ-ZR | Oppelner Str. 3 | 82194 Gröbenzell | E-Mail datenschutz@abz-zr.de

Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung für die Verarbeitung personenbezogener Patientendaten gemäß Art. 6, 7 Abs. 1 lit. a DSGVO (Muster)

Dr. med. Sabine Probst
Starnberger Weg 60
82205 Gilching
Tel. 08105 – 2729255
Fax 08105 – 2729256
info@zahnarzt-probst.de

Patient/in:

Name / Geb.datum	
Adresse (Straße, PLZ, Ort)	

Ich stimme hiermit der Speicherung meiner personenbezogenen Daten für den Zweck

der Datenverarbeitung, -weitergabe/-übermittlung, -austausch, -anforderung mit/von Dritten (z.B. Zahnärzte/Ärzte, Abrechnungsstellen, Softwareunternehmen, Labore, etc.) für die Beratung, Behandlungsdurchführung, Dokumentation, Abrechnung

durch die Praxis zu.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder durch E-Mail an die Praxis widerrufen kann (Art. 7 Abs. 3 DSGVO). Auch kann ich jederzeit eine Auskunft über die von mir gespeicherten Daten anfordern.

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).

_____, den _____

_____

Unterschrift Patient/in bzw. gesetzlicher Vertreter/-in