



HERZLICH WILLKOMMEN IN UNSERER PRAXIS!

Bevor wir uns in Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

PATIENT: Name: _____ Vorname: _____ geb. am: _____

MITGLIED: Name: _____ Vorname: _____ geb. am: _____

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

Mobil: _____ E-Mail: _____ Fax: _____

gesetzliche Krankenkasse: _____ Beruf: _____

private Zusatzversicherung: ja nein Beihilfe berechtigt: ja nein

private Versicherung: _____ Arbeitgeber/Tel.: _____

Empfohlen durch: _____ Hausarzt / Ort: _____

ICH HABE FOLGENDE BESCHWERDEN BZW. BEHANDLUNGSWÜNSCHE:

- Zahnschmerzen
 - Endodontie (Erhalt entzündeter Zähne)
 - Mundgeruch
 - Routinekontrolle
 - Prophylaxe
 - Ästhetische Zahnheilkunde
 - Amalgam-Entfernung
 - Implantate
 - Tinnitus
 - Kiefergelenkbehandlung (Kopf- und Gesichtsschmerzen)
 - sog. zweite Meinung
 - Parodontosebehandlung
 - Zahnersatz
 - Zahnaufhellung (Bleaching)
 - Abklären von Herden (chronische Entzündungen)
 - Abklären von Material-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 nehmen Sie regelmäßig ein?

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, dass relevante Daten an das Dentallabor KL-Dental weitergeleitet und von ihm eingesehen werden dürfen.

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.

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten oder Erziehungsberechtigten

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 einverstanden mit der möglichen Anfrage durch den Behandler bei BFS bezüglich der Abrechnung über BFS, auch vor Aufnahme der Behandlung, mit der Einholung einer Bonitätsinformation bei einer Auskunft durch BFS (unter Angabe von Name, Geburtsdatum und Anschrift des Patienten/Zahlungspflichtigen), soweit erforderlich, mit der Abtretung der sich aus der Behandlung ergebenden Forderungen an BFS, mit der Weiterabtretung der Forderungen durch BFS an die refinanzierende Bank (Landesbank Hessen-Thüringen Girozentrale), mit der 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 und 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. Ich entbinde meinen Behandler, seine Vertretung und BFS in dem aufgezeigten Rahmen jeweils von ihrer Schweigepflicht. Vorstehende Erklärungen können mit Wirkung für die Zukunft schriftlich widerrufen werden. Diese Erklärung gilt als Benachrichtigung nach §33 BDSG.

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten bzw. gesetzlicher Vertreter