

Sehr geehrter Patient, sehr geehrte Patientin,
vielen Dank für Ihren Besuch in unserem opensmile Zahnzentrum.

Um Ihnen eine optimale Behandlung gewährleisten zu können, bitten wir Sie die kommenden vier Seiten ausführlich zu beantworten. Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden streng vertraulich behandelt.

Bei Rückfragen steht Ihnen unser Team gerne zur Verfügung.

PATIENTENKONTAKTDATEN

Bitte tragen Sie hier Angaben zu Ihrer derzeitigen Meldeadresse ein.

Name	Vorname	geboren am		
ggf. c/o bei	Straße + Hausnummer		PLZ + Ort	
Handynummer	Festnetznummer			
E-Mail	Beruf			
Versichertenstatus	<input type="radio"/> gesetzlich	<input type="radio"/> freiwillig	<input type="radio"/> privat Basis	<input type="radio"/> privat Standard
Beihilfeberechtigt	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein		
Zahnzusatzversicherung	<input type="radio"/> Basistarif	<input type="radio"/> Komforttarif	<input type="radio"/> Premiumtarif	<input type="radio"/> nicht vorhanden

HAUSARZT

Name
Anschrift

VERSICHERUNGSGEBER

ELTERNTEIL

GESETZLICHER VERTRETER

Name	Vorname	geboren am	
ggf. c/o bei	Straße + Hausnummer		PLZ + Ort
Handynummer	Festnetznummer		
E-Mail			

Wünschen Sie eine Beratung für folgendes:

Zahnaufhellung	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	Zahnimplantate	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Zahnfehlstellung	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	Zahnersatz	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein

Haben Sie besondere Wünsche oder Fragen?

ERKRANKUNGEN

- | | | | | | |
|----------------------------|-------------------------------|------------------------------|----------------------------|-------------------------|-----------------------------------------------------|
| Blutdruck | <input type="radio"/> niedrig | <input type="radio"/> normal | <input type="radio"/> hoch | | |
| Herzschrittmacher | | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein | Herzinfarkt | <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein |
| Nehmen Sie Marcumar | | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein | Schlaganfall | <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein |
| Lähmungen | | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein | Epilepsie | <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein |
| Blutgeringungsstörung | | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein | Asthma | <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein |
| Diagnostizierte Depression | | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein | Erhöhte Blutungsneigung | <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein |
| Bluterkrankungen | | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein | Rheuma | <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein |
| Osteoporose | | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein | Diabetes | <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein |
| Schilddrüsenerkrankungen | | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein | Ohnmachtsanfälle | <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein |

SONSTIGE KRANKHEITEN & ALLERGIEN

- | | | |
|-----------------------------|--------------------------|----------------------------|
| AIDS | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Tuberkulose | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Hepatitis | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Lokalanästhesie | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Antibiotika bzw. Penicillin | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Metalle | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Allergien | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |

Wenn ja, Hep. A Hep. B Hep. C

Welche? _____

Welche? _____

Monat? _____

SCHWANGERSCHAFT

Besteht eine Schwangerschaft? Ja Nein

RÖNTGEN

Wurden bei Ihnen zahnärztliche Röntgenaufnahmen angefertigt? Ja Nein

Wann? _____

Welche Praxis? _____

MEDIKAMENTE

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Ja Nein

Welche? _____

Seit wann? _____

OPERATION

Wurden bei Ihnen größere Operationen durchgeführt? Ja Nein

Was? _____

Wann? _____

Verfügen Sie über:

- | | | | | | |
|-------------|--------------------------|----------------------------|----------------|--------------------------|----------------------------|
| Röntgenpass | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein | Allergiepass? | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Herzpass? | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein | Implantatpass? | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |

Wir weisen ausdrücklich darauf hin, dass das Reaktionsvermögen im Straßenverkehr nach einer Lokalanästhesie (örtl. Betäubung) eingeschränkt sein kann und bitten Sie, uns diese Aufklärung durch Ihre Unterschrift zu bestätigen.

Ort, Datum

Unterschrift

DATENSCHUTZRECHTLICHE EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG

für die Verarbeitung personenbezogener Patientendaten gemäß Art. 6, 7 Abs. 1 lit. a DSGVO.

Ich bin darüber informiert, dass von der Praxis meine personenbezogenen Behandlungsdaten elektronisch gespeichert werden.

Mit meiner Unterschrift stimme ich der Speicherung meiner personenbezogenen Daten zu. Dies gilt auch für die Weitergabe an unser Abrechnungszentrum DZR, sowie für unser online-Terminbuch Doctolib.

Benötigen Sie weitere Informationen zu unserem Abrechnungszentrum oder unserem online-Terminbuch, können Sie dieses auf deren Internetseiten in Erfahrung bringen.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit postalisch oder per E-Mail an die Praxis widerrufen kann (Art.7 Abs.3 DSGVO).

Mir ist bekannt, dass mein jederzeit möglicher Widerruf der Einwilligung die Rechtmäßigkeit der auf Grund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt (Art. 7 Abs. 3 Satz 2 DSGVO).

Zudem erkläre ich mich mit der elektronischen Speicherung, Bearbeitung und Nutzung meiner Daten zur Aufnahme in das Recall-System und Terminerinnerung per Email/SMS einverstanden.

Ja Nein

Ich verpflichte mich, über alle Änderungen, die sich während der gesamten Behandlungszeit ergeben, umgehend Mitteilung zu machen.

Des Weiteren verpflichte ich mich, vereinbarte Behandlungstermine einzuhalten bzw. mindestens 24 Std. vor dem vereinbarten Termin abzusagen. Mir ist bekannt, dass nicht bzw. nicht rechtzeitig abgesagte Termine in Rechnung gestellt werden können.

Ort, Datum

Unterschrift

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Jameda Google Doctolib Empfehlung

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Patient/-in (Name, Vorname und Anschrift)

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 Ehegatinn/-gatte

oder

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

Einverständniserklärung

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 DZR Deutsches Zahnärztliches Rechenzentrum GmbH (DZR) und der dort vorzunehmenden Verarbeitung dieser Daten.
- » möglichen Einholung einer Information durch DZR bei einer Auskunft zur Prüfung meiner Bonität. Die Praxis und/oder DZR teilen auf Nachfrage Name und Adresse der Auskunftsfrei mit.
- » Abtretung der sich aus der Behandlung ergebenden Forderungen an DZR.
- » im Rahmen der Refinanzierung erfolgenden Weiterabtretung der Forderungen durch DZR an die Deutsche Apotheker- und Ärztebank e. G., Düsseldorf (apoBank).

Ich wurde darüber aufgeklärt, dass DZR die Leistungen meiner Praxis mir gegenüber im eigenen Namen in Rechnung stellen und für sich geltend machen wird.

Ort / Datum

DZR | Deutsches
Zahnärztliches
Rechenzentrum

DZR Deutsches Zahnärztliches Rechenzentrum GmbH
Marienstraße 10 | 70178 Stuttgart

Bitte händigen Sie Ihren Patienten eine Zweitschrift aus.

Praxisstempel

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 **DZR Deutsches Zahnärztliches Rechenzentrum GmbH (DZR)** übertragen. Die Rechnungsstellung über DZR ist für Sie selbstverständlich kostenlos.

DZR gewährleistet die korrekte Bearbeitung der von Ihrer Praxis vorgegebenen Rechnungen. Aufgrund jahrzehntelanger Erfahrung in der Abrechnung entlastet DZR 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 DZR gerne zur Verfügung. Insbesondere helfen Ihnen die Experten bei der Durchsetzung Ihrer Erstattungsansprüche gegenüber Krankenkassen oder anderen Kostenträgern. Zusätzlich bietet Ihnen DZR an, Ihre Rechnung in Teilbeträgen zu begleichen.

Kontaktdaten von DZR und des Datenschutzbeauftragten:

DZR | Deutsches
Zahnärztliches
Rechenzentrum

DZR Deutsches Zahnärztliches Rechenzentrum GmbH
Sitz und Amtsgericht: Stuttgart HRB 6658

Hauptzitz Stuttgart Marienstraße 10 70178 Stuttgart Telefon 0711 99373-4000 Telefax 0711 99373-4030	Niederlassung Neuss Hermann-Klammt-Straße 7 41460 Neuss Telefon 02131 77685-5000 Telefax 02131 77685-5030	Hanseatische Niederlassung Heidenkampsweg 51 20097 Hamburg Telefon 040 8090307-5050 Telefax 040 8090307-5070
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Datenschutzbeauftragter DZR | Marienstraße 10 | 70178 Stuttgart | E-Mail datschutz@dzr.de
www.dzr.de

Selbstverständlich ist DZR gesetzlich zur Verschwiegenheit verpflichtet. Darüber wacht der Datenschutzbeauftragte von DZR. 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.dzr.de/dsgvo.

Herzlichen Dank für Ihr Vertrauen.