Gut für die Zähne...

Patientenbogen Erwachsene

ZAHNÄRZTE KAISERSTRASSE
Dr. Marquardt | Dr. Roosen

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen sorgfältig aus. Alle Angaben dienen ausschließlich dazu, unsere Behandlung Ihrem Gesundheitszustand anzupassen und unterliegen selbstverständlich unserer ärztlichen Schweigepflicht gem. § 203 des StGB sowie den strengen Bestimmungen des Datenschutzes. Bei Schwierigkeiten mit der Beantwortung einzelner Fragen helfen wir Ihnen gerne weiter.

Wir weisen Sie darauf hin, dass das Ausfüllen dieses Anamnesebogens auf freiwilliger Basis erfolgt. Sie haben jederzeit die Möglichkeit, Ihr Auskunftsrecht geltend machen zu können.

Wir weisen Sie weiterhin darauf hin, dass im Rahmen der Behandlung vom Behandler oder anderen Mitarbeitern der Zahnärzte Kaiserstrasse MVZ GmbH weitere für den Behandlungserfolg, die Verwaltung der Behandlungsdokumentation oder die Abrechnung erforderliche Daten von Ihnen erfragt und weiterverarbeitet werden können.

Patient

Name: _____ Krankenkasse: _____

Vorname: _____ E-Mail: _____

Straße, Nr.: _____ Mobil: _____

PLZ/Ort: _____ Tel. privat: _____

Geb. Datum: _____ Tel. gesch.: _____

Geburtsort: _____

Versicherter (falls abweichend)

Name: _____ Krankenkasse: _____

Vorname: _____ Geb. Datum: _____

Straße, Nr.: _____ Tel. privat: _____

PLZ/Ort: _____ Tel. gesch.: _____

Versicherungsart

☐ gesetzlich versichert ☐ Zusatzversicherung für zahnärztl. Leistungen ☐ Beihilfe

☐ privat voll-versichert ☐ Basistarif einer privaten Versicherung ☐ freiwillig gesetzlich versichert

Sind Sie Beihilfeberechtigter des öffentlichen Dienstes? ☐ ja ☐ nein

Pflegegrade ..... ☐ ja ☐ nein

Recall (Erinnungs-Service)

Möchten Sie von uns an Ihre regelmäßigen Kontrolluntersuchungen erinnert werden? ☐ ja ☐ nein

Ich habe Interesse an...

☐ Implantaten ☐ Hochwertigem Zahnersatz ☐ Amalgamentfernung ☐ Prophylaxe

☐ Laserbehandlung ☐ Ästhetische Zahnheilkunde ☐ Schnarcherschiene ☐ Mundgeruchsprechstunde

☐ Bleaching ☐ Parodontalbehandlung ☐ Kiefergelenksbehandlung ☐ Lachgasbehandlung

☐ Sonstiges: _____

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

Internet: ☐ Google ☐ Arzt- oder Gesundheitsportale ☐ Jameda

☐ Eintrag Gelbe Seiten ☐ Internetseite der Praxis ☐ Facebook ☐ Instagram

Sonstiges: ☐ Fensterwerbung ☐ Radiowerbung ☐ Buswerbung ☐ Banner HTCU

Empfehlung durch: _____
Name

Grund Ihres Besuches

Zahnschmerzen	☐ ja	☐ nein	Mundgeruch	☐ ja	☐ nein
Zahnfleischbluten	☐ ja	☐ nein	Pressen/Knirschen der Zähne	☐ ja	☐ nein
Schnarchen	☐ ja	☐ nein	Kopfschmerzen/Nackenschmerzen	☐ ja	☐ nein

Fragen zur Röntgenuntersuchung

Wurden Sie innerhalb der letzten 12 Monate im Kopf–/Kieferbereich geröntgt? ☐ ja ☐ nein

Bei Frauen: Besteht derzeit eine Schwangerschaft? ☐ ja ☐ nein Wenn ja, welche Woche? _____

Leiden Sie oder litten Sie jemals an einer der folgenden Erkrankungen? Zutreffendes bitte ankreuzen.

Herz/Kreislauf ☐ Herzinfarkt ☐ hoher Blutdruck ☐ niedriger Blutdruck
☐ Herzschrittmacher ☐ Herzklappe tierisch/mechanisch

Gefäße ☐ Schlaganfall
☐ Gerinnungsstörungen Welcher Art? _____

Stoffwechsel/Zuckerkrankheit ☐ Schilddrüsenerkrankung ☐ Diabetes mellitus

ansteckende Erkrankung ☐ Hepatitis A/B/C ☐ AIDS/HIV

Atemwege/Lunge ☐ Asthma

Nerven/Gemüt ☐ Krampfanfälle/Epilepsie

Allergie/Überempfindlichkeit ☐ ja ☐ nein Wenn ja, welche? _____

Knochen ☐ Osteoporose

Leiden Sie an anderen Erkrankungen? _____

_____

Medikamenteneinnahme

Haben Sie jemals Bisphosphonate (z. B. Actonel, Zometa®, Fosamax®, Bonviva) eingenommen? ☐ ja ☐ nein

Nehmen Sie derzeit Medikamente zu sich? Wenn ja, welche? _____

_____

Gerinnungshemmende Medikamente dauerhaft in den letzten Tagen

☐ Aspirin (ASS), letzte 10 Tage ☐ Marcumar, Xarelto, Eliquis, Plavix

Rauchen Sie? ☐ ja ☐ nein

Leiden Sie unter Würgereiz? ☐ ja ☐ nein

Angst vorm Zahnarzt? ☐ ja ☐ nein

Aufklärung über Risiken bei der zahnärztlichen Lokalanästhesie im Ober– und Unterkiefer
Wir sind gesetzlich dazu verpflichtet, Sie darüber aufzuklären, dass beim Einstechen der Nadel die nervi mandibularis, lingualis und infraorbitalis reversibel oder irreversibel geschädigt werden können. Eine ausführliche Aufklärung darüber werden Sie mit diesem Anamnesebogen erhalten.

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie die Vollständigkeit und Richtigkeit Ihrer Angaben sowie Ihr Einverständnis mit den Behandlungsbedingungen.
In Ihrem Interesse bitten wir Sie, uns jegliche gesundheitlichen Veränderungen und veränderte Medikamenteneinnahme mitzuteilen.

Die gesundheitlichen Risiken müssen alle 12 Monate überprüft und mit Ihrer Unterschrift bestätigt werden.

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass
- ich die Erklärungen auf diesem Patientenbogen verstanden habe. Der Abschluss meines Behandlungsvertrages ist von meinen Angaben nicht abhängig. Ich bestätige, dass diese Einwilligung freiwillig erfolgt.
- ich per SMS Terminerinnerungen erhalte.
- ich vor der Einwilligung darauf hingewiesen wurde, dass ich jederzeit das Recht habe, diese Einwilligung (auch teilweise) für die Zukunft, schriftlich (E–Mail reicht) zu widerrufen. Mir ist bekannt, dass mein Recht auf Löschung meiner Daten erst für die Zukunft besteht.
- mir die Datenschutzerklärung der Zahnärzte Kaiserstrasse MVZ GmbH zur Verfügung gestellt wurde. Ich habe diese zur Kenntnis genommen und mich entschieden keine eigene Ausführung mitzunehmen. Mir wurde erklärt, dass ich die Datenschutzerklärung jederzeit in der Praxis (und auf der Website der Praxis) einsehen kann.
- ich die Aufklärung zur zahnärztlichen Lokalanästhesie erhalten und zur Kenntnis genommen habe.

Mülheim an der Ruhr, den	Unterschrift	Mülheim an der Ruhr, den	Unterschrift
Mülheim an der Ruhr, den	Unterschrift	Mülheim an der Ruhr, den	Unterschrift

Einverständniserklärung*

Patient/in

Name, Vorname: _____

Geb. Datum: _____

Straße, Hausnr.: _____

PLZ, Ort: _____

ZAHNÄRZTE KAISERSTRASSE
Dr. Marquardt | Dr. Roosen

ZAHNÄRZTE KAISERSTRASSE MVZ GmbH
Kaiserstrasse 20 | 45468 Mülheim an der Ruhr
Fon 0208.976 99-0 | Fax 0208.976 99-10
www.zahnaerzte-kaiserstrasse.de

Behandler (Praxisstempel/Klinikstempel)

Gesetzl. Vertreter(in) bei Minderjährigen / Geschäftsunfähigen / beschränkt Geschäftsfähigen

Name, Vorname: _____ Geb. Datum: _____

Straße, Hausnr.: _____ PLZ, Ort: _____

Liebe Patientin, lieber Patient,
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

BFS health finance GmbH
Hülshof 24, 44369 Dortmund

Tel.: 0231–94 53 62–600
Fax: 0231–94 53 62–688
patientenservice@meinebfs.de

BFS gewährleistet die zügige, unkomplizierte und korrekte Bearbeitung Ihrer Rechnung. Sie ist zugleich Ihr freundlicher und kompetenter Ansprechpartner in allen Belangen der Rechnung und **bietet Ihnen auf Wunsch auch Teilzahlungsmöglichkeiten.**

Um die Abrechnung in Zusammenarbeit mit BFS zu ermöglichen, benötigen wir Ihr schriftliches Einverständnis. Daher bitten wir Sie um Ihre Zustimmung durch Unterzeichnung der nebenstehenden Erklärungen.

Wir bedanken uns für Ihr Vertrauen.

TÜVRheinland ZERTIFIZIERT – Dienstleister mit geprüftem Datenschutzmanagement – www.tuv.com ID 0000044064

Ich erkläre mich ausdrücklich 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,
- 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.

Schweigepflichtsentbindung

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.

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 sorgeberechtigten Elternteil berechtigt zu sein.“***

*** Bitte durch Ankreuzen bestätigen

Mülheim an der Ruhr, den	Unterschrift Patient bzw. gesetzlicher Vertreter
Mülheim an der Ruhr, den	Unterschrift Patient bzw. gesetzlicher Vertreter
Mülheim an der Ruhr, den	Unterschrift Patient bzw. gesetzlicher Vertreter
Mülheim an der Ruhr, den	Unterschrift Patient bzw. gesetzlicher Vertreter

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