

Deine Zahnpraxis
Medizinisches Versorgungszentrum GmbH

Zahnärzte

Leher Heerstraße 87 . 28359 Bremen . Tel 0421 30 17 69 0 . Fax 0421 30 17 69 28

Herzlich willkommen in unserer Zahnpraxis!

Wir führen Sie in unserer Patientenkartei mit nachfolgenden Angaben. Bitte überprüfen Sie diese und teilen uns mögliche Änderungen mit. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Patientendaten

Name des Patienten: _____
geb. am: _____
Geburtsort: _____
Anschrift: _____

Name der Krankenkasse: _____

Bitte bei einer **gesetzlichen Kasse** angeben:

Pflichtversichert? ja [] nein []
Freiwillig versichert? ja [] nein []
Privat zahnärztlich zusatzversichert? ja [] nein []

Telefon: _____
Fax: _____
Mobil: _____
Telefon Büro: _____
E-Mail-Adresse: _____
Beruf: _____

Versichertendaten (sofern diese von den Patientendaten abweichen)

Rechnung an Patienten oder Versicherten? _____
Versicherter: _____
geb. am: _____
Anschrift: _____

Weitere Angaben

Arbeitgeber: _____
Anschrift des Arbeitgebers: _____

Im Interesse einer komplikationslosen Behandlung bitten wir um folgende Angaben. Bitte kreuzen Sie hierzu Zutreffendes an:

Herzinfarkt / Herzschwäche	ja []	nein []
Herzschrittmacher / Künstl. Herzklappen	ja []	nein []
Herzmuskel- / Herzklappenentzündung	ja []	nein []
Hoher Blutdruck	ja []	nein []
Niedriger Blutdruck	ja []	nein []
Blutungsneigung / Bluterkrankung	ja []	nein []
Durchblutungsstörungen / Thrombosen	ja []	nein []
Künstliche Gelenke jeglicher Art	ja []	nein []
Wann haben Sie die künstlichen Gelenke erhalten?		

Herzschwäche / -Rhythmusstörungen	ja []	nein []
Angina Pectoris	ja []	nein []
Schlaganfall	ja []	nein []
Wenn ja, wann war der Schlaganfall?		

Besteht eine Immunschwäche z.B. nach einer Organtransplantation?	ja []	nein []
Asthma	ja []	nein []
Chronische Bronchitis	ja []	nein []
TBC	ja []	nein []
Hepatitis	ja []	nein []
Diabetes Typ 1	ja []	nein []
Diabetes Typ 2	ja []	nein []
HbA1c Wert (Langzeitwert):		

Osteoporose	ja []	nein []
Behandlung mit Bisphosphonaten z.B. Alendronsäure	ja []	nein []
Regelmäßige Medikamenteneinnahme? Welche?		

Materialien-Allergie?	ja []	nein []
Es besteht eine Überempfindlichkeit/Allergie gegen:		

Sind Sie Raucher/Raucherin?	ja []	nein []
Wieviel rauchen Sie durchschnittlich am Tag?		

Für unsere weiblichen Patienten: Sind Sie schwanger?	ja []	nein []
Wenn ja, in welchem Monat?		

Dürfen wir Präparate, die mit Alkohol versetzt sind verwenden?	ja []	nein []
--	--------	----------

Grund Ihres Besuches

Zahnfleischbluten	ja []	nein []
Migräne / Kopf- / Nackenschmerzen	ja []	nein []
Zahnschmerzen	ja []	nein []

Kiefergelenkbeschwerden / Knirschen ja [] nein []
Routine-Untersuchung ja [] nein []
Zahnersatz ja [] nein []

Sie sind uns wichtig

Was sollen wir bei Ihrer Behandlung besonders berücksichtigen?

Haben Sie Angst vor zahnmedizinischen Eingriffen? ja [] nein []

Durch wen wurden wir Ihnen empfohlen?

Bitte teilen Sie uns Ihren Hausarzt mit (Name/Anschrift)

Wir benötigen Ihre Krankenversichertenkarte bei jedem Besuch in der Praxis. Liegt diese uns 14 Tage nach der Behandlung nicht vor, betrachten wir Sie als Privatpatient und Sie erhalten eine Rechnung.

Datum _____

Unterschrift _____

Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung für die Verarbeitung personenbezogener Patientendaten gemäß Art. 6, 7 Abs. 1 DSGVO vom 25.05.2018

Ich stimme hiermit der Speicherung meiner personenbezogenen Daten für die Verarbeitung im Behandlungsverlauf durch die Praxis zu. Dies beinhaltet die Speicherung und Nutzung meiner Telefonnr. (mobil und privat), E-Mail-Adresse etc. Ich stimme zu, dass meine gespeicherten Daten auch zum Zwecke des Recalls genutzt werden dürfen.

Darüber hinaus stimme ich zu, dass im Bedarfsfall meine gespeicherten Daten (inkl. Röntgenbilder) mit meinem weiterbehandelnden Arzt geteilt werden. 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). 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). Die vollständige Datenschutzerklärung hängt in der Praxis aus.

Termine, die ich nicht einhalten kann, werde ich spätestens 24 Stunden vorher absagen, da ansonsten die durch mein Fernbleiben entstandenen Kosten in Rechnung gestellt werden können.

Abrechnungshinweis

Leistungen für Privatpatienten mit dem Basistarif in der privaten Krankenversicherung, erhalten lediglich die Schmerzbehandlung im jeweiligen Basistarif. Wir weisen Sie darauf hin, dass alle weiteren Behandlungen mit dem 2,3-fachen Satz abgerechnet werden.

Datum _____

Unterschrift _____

Für Privatpatienten:

Zur Abrechnung der Ihnen gegenüber erbrachten Leistungen beabsichtigen wir, die PVS in Bremen Außer der Schleifmühle 69, 28203 Bremen zu beauftragen. Durch diese erhebliche Entlastung von Verwaltungsarbeiten gewinnen wir mehr Zeit zur optimalen Betreuung unserer Patienten. Die PVS ist bereits im Jahr 1939 als berufsständische Gemeinschaftseinrichtung von Ärzten / Zahnärzten gegründet worden. Sie steht unter ärztlicher Leitung und Ihre Honorarabrechnung erfolgt nach unseren Vorgaben. Die PVS und deren Mitarbeiter unterliegen als Berufsgeheimnisträger, so wie wir selbst auch, den Bestimmungen der Schweigepflicht gem. § 203 StGB und des Datenschutzes. Der Rechnungsdruck und Versand erfolgt durch das Druck- und Versandzentrum der Privatärztlichen Verrechnungsstellen e.G., Remscheider Str. 16, 45466 Mülheim / Ruhr.

1. Ich bin mit der Weitergabe der zum Zweck der Abrechnung der erbrachten ärztlichen Leistungen jeweils erforderlichen, insbesondere der Patientenkartei entnommenen Informationen (Name, Geburtsdatum, Anschrift, Diagnose, Kostenträger, Untersuchungs- und Behandlungsdaten) an die PrivatVerrechnungsStelle der Ärzte und Zahnärzte Bremen e.V. (kurz: PVS / Bremen) und deren Druck- und Versandzentrum, einverstanden.
2. Ich stimme zu, dass die PVS / Bremen die Leistungen meines Arztes in Rechnung stellen und einziehen wird. Sollte es über die Berechtigung der Forderung unterschiedliche Auffassungen geben, bin ich mit der Weitergabe der zur Rechnungsbegründung darüber hinaus erforderlichen Daten aus der Patientenkartei zum Zweck der Geltendmachung und Durchsetzung der Forderung einverstanden. Insoweit entbinde ich den Arzt hiermit zugleich auch von seiner ärztlichen Schweigepflicht.
3. Diese Erklärung gilt auch für Forderungen, die aus zukünftigen Behandlungen entstehen. Sie kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft gegenüber meinem Arzt oder der PVS /Bremen schriftlich widerrufen werden. Durch den Widerruf der Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund dieser Einwilligung bis dahin erfolgten Verarbeitung nicht berührt. Im Falle des Widerrufs findet keine weitere Datenübermittlung zwischen meinem Arzt und der PVS / Bremen mehr statt.

Wichtige Informationen zu Ihrer Privatabrechnung (Art. 12 ff DSGVO i. V. m. §§ 32 ff BDSG)

Bitte nehmen Sie sich in eigener Sache einen Moment Zeit. Im Rahmen Ihrer Behandlung fallen Daten über Sie an, die von unserer Praxis zur Erfüllung des Behandlungsvertrages im notwendigen Umfang verarbeitet werden müssen. Diese können unter Beachtung der jeweiligen datenschutzrechtlichen Vorschriften in dem jeweils erforderlichen Maß auch an Dritte (z.B. Labore, weiterbehandelnde Ärzte) weitergegeben werden. Wir übermitteln Ihre personenbezogenen Daten nur dann an Dritte, wenn dies gesetzlich erlaubt ist oder Sie eingewilligt haben. Zur Abrechnung unserer Ihnen gegenüber erbrachten Leistungen beabsichtigen wir, die PrivatVerrechnungsStelle der Ärzte und Zahnärzte Bremen e.V., Außer der Schleifmühle 69, 28203 Bremen (kurz: PVS / Bremen), einer im Jahr 1939 gegründeten berufsständischen Vereinigung der Ärzteschaft mit langjähriger Erfahrung in der Arzthonorarabrechnung, zu beauftragen. Zweck dieser Zusammenarbeit ist es, unsere Verwaltung in Abrechnungsfragen zu entlasten. Hierdurch gewinnen wir mehr Zeit zur optimalen Betreuung unserer Patienten. Ihre Honorarabrechnung erfolgt dabei nach unseren Vorgaben. Empfänger der Daten ist die PVS / Bremen. Sie unterliegt als Berufsgeheimnisträger, so wie wir selbst auch, den Bestimmungen der gesetzlichen Schweigepflicht und des Datenschutzes. Manchmal ergeben sich Fragen oder Wünsche zu einer Rechnung. Die PVS / Bremen hilft Ihnen gerne auch hier weiter, beantwortet Ihre Fragen zur Ziffern- zusammenstellung, erstellt Zweitschriften und unterstützt Sie bei der Gegenargumentation, wenn es zu Beanstandungen Ihres Kostenträgers bzw. Ihrer Versicherung kommt.

In allen Fragen zur Abrechnung erreichen Sie die PVS / Bremen als Ihren kompetenten Ansprechpartner unter der oben angegebenen Anschrift oder unter Tel.: 0421 / 360 85-0 bzw. E-Mail: info@pvs-bremen.de. Wir möchten Sie bitten, sich die Einwilligungserklärung durchzulesen und Ihre Zustimmung zu dem beschriebenen Vorgehen zur Honorarabrechnung, insbesondere zur Weitergabe Ihrer hierfür erforderlichen Gesundheitsdaten zu erteilen. Ihre Einwilligung ist freiwillig. Ihre Behandlung ist von dieser Einwilligungserklärung unabhängig. Die von der PVS / Bremen verarbeiteten Gesundheitsdaten werden ab Zweckfortfall gesperrt und nach Ablauf der gesetzlichen Aufbewahrungsfristen gelöscht. Sie haben das Recht, über die Sie betreffenden personenbezogenen Daten Auskunft zu erhalten. Auch können Sie die Berichtigung unrichtiger Daten verlangen. Darüber hinaus steht Ihnen unter bestimmten Voraussetzungen das Recht auf Löschung von Daten, das Recht auf Einschränkung der Datenverarbeitung sowie das Recht auf Datenübertragbarkeit zu. Ihre Anliegen zum Datenschutz richten Sie bitte unmittelbar an den Datenschutzbeauftragten der PVS / Bremen (datenschutz@pvs-bremen.de). Weitere Informationen zum Datenschutz bei der PVS finden Sie in der „PVS Transparenzerklärung“, welche unter www.pvs-bremen.de/downloads/ im Internet abrufbar ist und hier zu Ihrer Kenntnis ausliegt. Sie haben ferner das Recht, sich bei der zuständigen Aufsichtsbehörde für den Datenschutz zu beschweren, wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht rechtmäßig erfolgt.

Datum _____ Unterschrift _____
(Patient/in bzw. gesetzliche (r) Vertreter)

Name in Druckbuchstaben _____

Datenschutzinformationen zu Doctolib

Für die optimale Terminverwaltung setzen wir das Terminmanagementsystem von Doctolib ein. Doctolib bietet uns einerseits ein modernes Kalendersystem und andererseits unseren Patienten die Möglichkeit, auf der Seite <https://www.doctolib.de/> mit uns Termine online zu vereinbaren. Die Doctolib GmbH (Mehringdamm 51, 10961 Berlin) wird für uns als Auftragsverarbeiter tätig. Wir nutzen die Doctolib Kalendersoftware für alle unsere Patienten, um Termine einheitlich zu verwalten. Doctolib verarbeitet sämtliche Daten nach allen geltenden Datenschutzvorschriften und wendet höchste Sicherheitsstandards an. Für die Terminvereinbarung werden folgende Daten in den Doctolib Kalender eingetragen: Name, Vorname, Geburtsdatum, Anschrift, Telefonnummer, E-Mail Adresse, Hausarzt, Krankenkassenstatus, überweisender Arzt, Besuchsgrund und Terminhistorie. Ihre Daten werden für die Zwecke der Terminverwaltung erfasst, so wie es auch bisher bei uns der Fall war. Rechtsgrundlage für die Verarbeitung Ihrer Daten sind Art. 6 I b) DSGVO (der Behandlungsauftrag, den Sie uns erteilen), Art. 6 I a) DSGVO (Einwilligung für Terminerinnerungen per SMS und E-Mail) und Art. 9 II h) DSGVO (die Zwecke der Gesundheitsvorsorge). Die Daten werden gleichlaufend zu den berufsrechtlichen Aufbewahrungspflichten für die Dauer von 10 Jahren gespeichert. Es erfolgt keine Weiterleitung der Daten durch Doctolib an kommerzielle Anbieter. Doctolib ist genau wie Ihr Arzt an die Schweigepflicht gebunden. Eine Entbindung von der Schweigepflicht ist nicht erforderlich. Um Terminausfälle zu vermindern, möchten wir Sie mit Ihrer Einwilligung mittels des Doctolib Kalendersystems per SMS und/oder E-Mail an Ihren Termin erinnern. Wenn Sie keine Erinnerungen mehr erhalten möchten, teilen Sie uns das jederzeit mit und wir stellen die Erinnerungen wieder aus. Besonderheiten der Online Buchung Für die Online-Terminbuchung ist ein Doctolib-Nutzerkonto notwendig, hierfür gelten die Datenschutzhinweise von Doctolib. Für die Anlegung eines Doctolib Nutzerkontos ist die Doctolib GmbH (Mehringdamm 51, 10961 Berlin), Ansprechpartner und Verantwortlicher für die Datenverarbeitung. Rechtsgrundlage hierfür ist Art. 6 Abs. 1, b.) der DSGVO und Art. 9 II h) DSGVO (die Zwecke der Gesundheitsvorsorge). Einwilligung zu Terminerinnerungen per SMS und/oder E-Mail um Terminausfälle zu vermindern, möchten wir Sie mittels des Doctolib Kalendersystems per SMS und/oder E-Mail an Ihren Termin erinnern.

Bitte bestätigen Sie mit Ihrer Unterschrift, dass Sie hiermit einverstanden sind. Wenn Sie keine Erinnerungen mehr erhalten möchten, teilen Sie uns das jederzeit mit und wir stellen die Erinnerungen wieder aus.

Datum _____ Unterschrift _____

Vielen Dank für Ihr Vertrauen!