

Liebe Patienten!

Wir freuen uns, Sie bei uns begrüßen zu dürfen und hoffen, dass Sie sich bei uns wohlfühlen. Für einen reibungslosen Ablauf und eine sichere Behandlung sind jedoch noch einige Fragen zu beantworten. Wir bitten Sie, sich etwas Zeit zu nehmen und diesen Fragebogen sorgfältig auszufüllen.

Bei Fragen Ihrerseits, wenden Sie sich gerne an unsere Rezeption. Vielen Dank!

adentes MVZ
Alte Heerstraße 14-16
53757 Sankt Augustin
Deutschland

T +49 2241 397960
info@adentes.de
www.adentes.de

PATIENTENDATEN

Vorname
Nachname
Geburtsdatum
Straße, Hausnr.
PLZ, Ort
Telefon
E-Mail
Berufsbezeichnung
Wer ist Ihr Hausarzt?
Wer war Ihr bisheriger
Zahnarzt?

VERSICHERTER

Vorname
Nachname
Geburtsdatum
Straße, Hausnr.
PLZ, Ort
Wie sind sie versichert?
Gesetzlich pflichtversichert bei
Gesetzlich freiwillig versichert bei
Privat versichert bei
Privat versichert mit Basistarif bei

ALLGEMEINE FRAGEN ZU IHRER GESUNDHEIT

HABEN SIE ALLERGIEN?

Ja _____ Nein _____

welche?

Ist ein Allergiepass vorhanden?

Ja _____ Nein _____

LEIDEN SIE AN HERZERKRANKUNGEN?

Ja _____ Nein _____

welche?

KÖRPERGRÖSSE

KÖRPERGEWICHT

LEIDEN SIE AN EINER DIESER ERKRANKUNGEN?

Hepatitis A	MRSA-Infektion
Hepatitis B	Creutzfeldt Jakob
Hepatitis C	Noro Virus
HIV	Mumps
Scharlach	Masern
Röteln	Sonstiges

NEHMEN SIE MEDIKAMENTE EIN?

Ja _____ Nein _____

welche?

Bisphosphonate

BITTE ZUTREFFENDES ANKREUZEN:

- | | |
|------------------------|-----------------------------------|
| Asthma | Diabetes |
| Tuberkulose | Osteoporose |
| Blutungsneigung | Eingeschränkte Mundöffnung |
| Schilddrüsenerkrankung | Schmerzen im Gesicht / Ohrbereich |
| Angina pectoris | Knacken / Reiben im Kiefergelenk |
| Krebsleiden | Ohrgeräusche / Tinnitus |
| Erhöhter Blutdruck | Zähneknirschen / Zähnepressen |
| Ohnmachtsneigung | Häufige Kopfschmerzen / Migräne |
| Niedriger Blutdruck | Verspannung im Nacken / Schulter |
| Epilepsie | Mundgeruch |

SIND SIE SCHWANGER

Ja _____ Nein _____

WELCHES ANLIEGEN FÜHRT SIE

IN UNSER VERSORGUNGSZENTRUM?

Errechneter Geburtstermin: _____

ICH MÖCHTE GERNE ÜBER FOLGENDE THEMEN AUFGEKLÄRT WERDEN:

- | | |
|--------------------------|--------------------------------|
| Zahnersatz | Professionelle Zahnreinigung |
| Implantate | Prophylaxe |
| Ästhetisch Versorgung | Bleaching |
| Endodontische Behandlung | Kieferorthopädische Behandlung |
| Parodontal Behandlung | Chirurgische Behandlung |

WIE WURDEN SIE AUF UNS AUFMERKSAM?

- | | |
|---|-----------|
| Empfehlung über Bekannte / Verwandte | Internet |
| Werbung (Anzeige, Fachzeitschrift etc.) | Sonstiges |

UNSER RECALL-SYSTEM

haben Sie Interesse an unserem Erinnerungsservice für den jährlichen Besuch?

JA _____ **NEIN** _____

EVENTS / VERANSTALTUNGEN

Möchten Sie über unsere kommenden Events / Veranstaltungen informiert werden?

JA _____ **NEIN** _____

Ich bin bereit, an ihrem Recall-System teilzunehmen. Dafür stimme ich der Speicherung meiner personenbezogenen Daten 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).

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).

via E-Mail

E-Mail Adresse _____

via Post

ALLGEMEINE AUFKLÄRUNG

Bitte beachten Sie, dass nach einer örtlichen Betäubung Ihre Reaktionsfähigkeit beeinträchtigt ist. In den auf die Behandlung folgenden 2-3 Stunden sind Sie nur bedingt fahrtüchtig. Sie können individuell vereinbarte Termine bis 24 Stunden vor dem vereinbarten Zeitpunkt kostenfrei absagen. Verspätet abgesagte oder versäumte Termine müssen wir Ihnen leider privat in Rechnung stellen.

ZUZAHLUNGEN PHYSIOTHERAPIE

Laut Sozialgesetzbuch fünf (SGBV § 16V) müssen GKV-Versicherte einen Teil der vertragsärztlichen verordneten Heilmittel selbst zahlen. Diese Gebühr setzt sich aus 10,00 € sogenannte Verordnungsgebühr + 10 % des Honorars zusammen.

EINVERSTÄNDNIS

Wenn es zur Verbesserung der Diagnose und Therapie förderlich ist, bin ich damit einverstanden, dass pathohistologisches Untersuchungsmaterial und Behandlungsunterlagen (wie z. B. Befunde oder Röntgenbilder) sowohl angefordert als auch versendet werden dürfen. Für diesen Zweck entbinde ich gleichzeitig das MVZ adentes von der Schweigepflicht.

QUALITÄTSSICHERUNG

Ihre personenbezogenen Daten können zum Zweck der Qualitätssicherung herangezogen werden. Weitere Informationen zur Datenverarbeitung erhalten Sie unter folgendem Link: <https://www.g-ba.de/beschlusse/4036/>

FOTOAUFNAHMEN // Verwendungszweck

Die Aufnahmen werden zur Qualitätssicherung für interne Besprechungen im Bedarfsfall (Zahnersatz) für adentes Labor GmbH und für die komplette Diagnostik verwendet. Zusätzlich können die Oralen-Aufnahmen anonym auf unseren Social-Media-Kanälen verwendet werden.

FOTOAUFNAHMEN // Erklärung

Der Unterzeichner erklärt sein Einverständnis mit der Verwendung der fotografischen Aufnahmen seiner Person für die oben genannten Zwecke.

FOTOAUFNAHMEN // Widerspruchsrecht

Sie haben das Recht, Ihr Einverständnis jederzeit zu widerrufen.

DATENSCHUTZ

Wir machen Sie darauf aufmerksam, dass die Datenschutz-Grundverordnung des MVZ adentes auf der Homepage [adentes.de](https://www.adentes.de) vorzufinden ist oder in gedruckter Form im Wartezimmer für Sie ausliegt. Die Hinweise zum Datenschutz habe ich gelesen und akzeptiert.

BFS // Einverständniserklärung

Ich erkläre mich ausdrücklich einverstanden mit der

- möglichenAnfragedurchdenBehandlerbeiBFSbezüglichder Abrechnung über BFS, auch vor Aufnahme der Behandlung
- Einholung einer Bonitätsinformation bei einer Auskunft 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, sowie an die European Receivables Finance SA.
- 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.
- 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

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.

BFS // 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.

FABIUS // Einverständniserklärung

Hiermit erkläre ich mich damit einverstanden, dass

- die zur Abrechnung und Geltendmachung der Forderungen jeweils erforderlichen Informationen, insbesondere von Daten aus meiner Patientenakte (Name, Geburtsdatum, Anschrift, Befunde, Behandlungsdaten und -verläufe) an die FABIUS medical GmbH (FABIUS) weitergegeben und verarbeitet werden.
- FABIUS Informationen bei einer Auskunft zur Prüfung meiner Bonität einholt. FABIUS teilt auf Nachfrage Name und Adresse der Auskunft mit.
- die sich aus der Behandlung ergebenden Forderungen an die FABIUS abgetreten werden.
- zwecks Refinanzierung entsprechende Forderungen durch FABIUS an die akf bank GmbH & Co. KG, Am Diek 50, 42277 Wuppertal (Bank) weiterabgetreten werden können.

Ich wurde darüber aufgeklärt, dass FABIUS die Leistungen meiner Praxis mir, meiner Versicherung/Krankenkasse oder dem zuständigen Kostenträger gegenüber im eigenen Namen in Rechnung stellen und für sich geltend machen wird.

Ich weiß und bin damit einverstanden, dass im Falle einer gerichtlichen Auseinandersetzung über Honorarforderungen aufgrund der vorstehend beschriebenen Abtretung die FABIUS oder ggfs. die Bank Partei des Prozesses sein wird und FABIUS bzw. mein Arzt als Zeuge gehört werden kann. Insofern und für die Zwecke der vorstehend beschriebenen Übermittlungen an FABIUS bzw. an die Bank befreie ich meinen Arzt und die FABIUS von der ärztlichen bzw. sonstigen Schweigepflicht. Ich stimme weiter der Kommunikation mit FABIUS über Telefon, FAX, E-Mail sowie der Zustellung meiner Rechnung(en) per E-Mail oder sonstigem Datenaustausch ohne besondere Sicherungsmaßnahmen und Verschlüsselungen zu. Die sonstige Geheimhaltungs- und Schweigepflicht bleibt davon unberührt.

Diese Erklärung kann jederzeit, allerdings nur mit Wirkung für die Zukunft, widerrufen werden. Ich bestätige, dass ich diese Einverständniserklärung erhalten und vollumfänglich zur Kenntnis genommen habe. Die hier von mir gemachten Angaben sind aktuell und richtig.

Hiermit erkläre ich die Richtigkeit und Vollständigkeit der von mir gemachten Angaben.

ORT

DATUM

NAME

UNTERSCHRIFT

SENDEN