

Zahn- und Prophylaxezentrum Dr. Andreas Thonke MSc & Kollegen

Persönliches

Nachname / Vorname _____ Geburtsdatum _____
Straße / Nr. _____ PLZ / Ort _____
Tel. privat _____ Tel. mobil _____
E-Mail _____ Beruf _____
Gesetzlich Versicherter bei Kindern _____ Geburtsdatum _____

Versicherung

- Gesetzlich versichert
- Privat versichert
- Beihilfeberechtigt

Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?

- Persönliche Empfehlung
- Internet
- Telefon- / Branchenbuch
- Sonstiges

Allgemeine Gesundheitssituation

Hoher Blutdruck	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Niedriger Blutdruck	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Blutgerinnungsstörung	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Schlaganfall	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Diabetes	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Herzerkrankungen – wenn ja welche	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Schilddrüsenerkrankung	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Rheumatische Krankheiten	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Allergien – wenn ja welche?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
HIV	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Hepatitis B	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Hepatitis C	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein

Magen- / Darm oder Nierenerkrankung	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Migräne	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Asthma	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Sonstiges:		

Nehmen Sie Medikamente ein?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Wenn ja, welche?		

Für unsere Patientinnen:		
Sind Sie schwanger?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Wenn ja, in welcher Woche:		

Wichtige Informationen für Sie:

- Bitte bestätigen Sie die Richtigkeit Ihrer Gesundheitsangaben mit Ihrer Unterschrift
- Da wir eine Bestellpraxis sind, behalten wir uns vor für fest reservierte Termine die ohne Absage (weniger als 48 Stunden) nicht eingehalten werden, eine Ausfallgebühr zu berechnen.
- Änderungen meiner Daten und meines Gesundheitszustandes gebe ich unverzüglich an Sie weiter

Mit der Unterschrift bestätigen Sie die Richtigkeit Ihrer Angaben, sowie die Kenntnisnahme obiger Informationen.

X

Ort, Datum

X

Unterschrift



X Vor- und Nachname: _____ geb.: _____

Informationen zur Erhebung personenbezogener Daten

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

wir möchten Sie darüber informieren, dass im Rahmen der zahnärztlichen Behandlung in unserer Praxis personenbezogene Daten erhoben und gespeichert werden. Personenbezogene Daten sind Daten, die auf Sie persönlich beziehbar sind (z.B. Namen, Adresse und Gesundheitsdaten).

Die Erhebung und Speicherung der Daten ist für die Behandlung gemäß Art. 6 Abs. 1 b) EU-DSGVO notwendig. Ohne die Erhebung und Speicherung der Daten ist die Behandlung nicht möglich. Die von ihnen erhobenen und gespeicherten Gesundheitsdaten sind besondere Daten, deren Berechtigung zur Verarbeitung aus Art. 9 Abs. 2 h) EU-DSGVO folgt.

Verantwortlich für die Erhebung und Speicherung der Daten ist:

Praxis Dr. Andreas Thonke MSc & Kollegen
Schaffhauserstrasse 99
79713 Bad Säckingen

Die bei uns über Sie gespeicherten personenbezogenen Daten werden im Einzelfall nur dann weitergegeben, wenn wir gesetzlich dazu verpflichtet sind (bspw. gesetzliche Krankenversicherung, gesetzliche Unfallversicherungen, Medizinischer Dienst der Krankenkasse), die Weitergabe zur Erfüllung des Behandlungsvertrages erforderlich ist oder Sie die Weitergabe eingewilligt haben. Die Weitergabe erfolgt nur in dem notwendigen oder von Ihnen bewilligten Umfang.

Die gespeicherten Daten werden gelöscht, sobald sie für den Zweck der Verarbeitung nicht mehr erforderlich sind. Im Übrigen haben wir gesetzliche Aufbewahrungspflichten zu erfüllen, die uns dazu verpflichten Gesundheitsdaten (Patientenakte) aufzubewahren (§630f Abs. 3 BGB, § 28 Abs. 3 RöV).

Ihre Praxis

Dr. Andreas Thonke MSc & Kollegen

X

Ort, Datum

X

Unterschrift

Patient/-in (Name, Vorname und Anschrift)

**Pflichtfeld – per Hand ausfüllen oder per EDV bedrucken.
Haben sich Ihre Daten geändert? Sprechen Sie uns bitte an.**

Name, Vorname

Geburtsdatum

Straße

PLZ, Ort

Stellung zur Patientin / zum Patienten:

Elternteil** Betreuer/-in Ehegattin/-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 für zur Prüfung meiner Bonität. Die Praxis und/oder DZR teilen auf Nachfrage Name und Adresse der Auskunft mit.
- » Abtretung der sich aus allen Behandlungen 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, meiner Krankenkasse (bei vereinbarter Direktabrechnung) oder dem zuständigen Kostenträger (Leistungen der gesetzl. Unfallversicherung/Sozialhilfe etc.) gegenüber im eigenen Namen in Rechnung stellen und für sich geltend machen wird.

Sollte es über die Berechtigung der Forderungen unterschiedliche Auffassungen geben, kann die Zahnärztin/Ärztin, der Zahnarzt/Arzt in einer etwaigen Auseinandersetzung als Zeugin/Zeuge gehört werden.

Ich entbinde meine Zahnärztin/Ärztin, meinen Zahnarzt/Arzt sowie DZR von der Schweigepflicht, soweit dies für die Abrechnung, Prüfung und Geltendmachung der Forderungen erforderlich ist; auch zugunsten der apoBank.

Diese Zustimmung kann jederzeit – allerdings nur mit Wirkung für die Zukunft – widerrufen werden. Der Widerruf ist entweder gegenüber der Praxis oder DZR zu erklären.

Umseitige Informationen zur Rechnung und zum Datenschutz habe ich zur Kenntnis genommen. Eine Kopie dieser Einverständniserklärung habe ich erhalten.

Ort / Datum

X

Unterschrift Patient/-in bzw. gesetzl. Vertreter/-in*
und ggf. abweichende/-r Rechnungsempfänger/-in

* bei Personen unter 18 Jahren/Geschäftsunfähigen/beschränkt Geschäftsfähigen

DZR | Deutsches
Zahnärztliches
Rechenzentrum

DZR Deutsches Zahnärztliches Rechenzentrum GmbH
Marienstraße 10 | 70178 Stuttgart

Praxisstempel

Bitte händigen Sie Ihren Patienten eine Zweitschrift aus.

Informationen zu Ihrer Rechnung und zum Datenschutz

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.

Nach geltender Rechtslage ist es erforderlich, dass Sie Ihre Einwilligung mit diesem Abrechnungsweg schriftlich erklären. Daher bitten wir Sie um Ihre Zustimmung. Bitte unterschreiben Sie hierzu die Einverständniserklärung auf der Vorderseite. DZR wird Ihre Daten zu den vorgenannten Zwecken auf Grundlage dieser Einverständniserklärung verarbeiten.

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.

Kontaktdaten von DZR und des Datenschutzbeauftragten:



Deutsches
Zahnärztliches
Rechenzentrum

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

Hauptsitz 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

Niederlassung FRH

Marienstraße 12
70178 Stuttgart
Telefon 0711 99373-4000
Telefax 0711 99373-4030