Dr. Reinhard Winkelmann
Blücher Str. 13
71116 Gärtringen
Telefon: 07034-6477290
Fax: 07034-929747
Email: praxis@oxidio.de

Patienten-Name:

Telefonnummer: **Email:**

Bitte beantworten Sie die nachfolgenden Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand wahrheitsgetreu und absolut genau! Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden streng vertraulich behandelt.

Herz-/ Kreislauferkrankungen:

Bluthochdruck	o ja	o nein
Herzklappenfehler	o ja	o nein
Herzklappenersatz	o ja	o nein
Herzschrittmacher	o ja	o nein
Endokarditis	o ja	o nein
Herzoperation	o ja	o nein
Anfallsleiden (Epilepsie):	o ja	o nein
Asthma/Lungenerkrankungen:	o ja	o nein
Blutgerinnungsstörungen:	o ja	o nein
Diabetes/Zuckerkrankheit:	o ja	o nein
Drogenabhängigkeit:	o ja	o nein
Nierenerkrankungen:	o ja	o nein
Ohnmachtsanfälle:	o ja	o nein

Infektiöse Erkrankungen:

AIDS	o ja	o nein
Hepatitis	o ja	o nein
Tuberkulose	o ja	o nein

Allergien bzw. Unverträglichkeiten:

Lokalanästhesie/Spritzen	o ja	o nein
Antibiotika	o ja	o nein
Schmerzmittel	o ja	o nein

Metalle: .....
.....

Sonstige Erkrankungen: .....

Besteht eine Schwangerschaft? o ja o nein **Wenn ja:** ..... **Woche**

Sind bei Ihnen bereits zahnärztliche Röntgenaufnahmen gemacht worden? o ja o nein **Wenn ja, wann?** .....

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßige bzw. zur Zeit? ..... **seit** .....
..... **seit** .....
..... **seit** .....

Ich stimme der Speicherung meiner personenbezogenen Daten zu und bin darüber aufgeklärt, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder durch E-Mail an die Praxis widerrufen kann (Art. 7 Abs. 3 DSGVO).
Ich verpflichte mich, über alle Änderungen, die sich während der gesamten Behandlungszeit ergeben, umgehend Mitteilung zu machen. Desweiteren verpflichte ich mich, vereinbarte Behandlungstermine unbedingt einzuhalten. Mir ist bekannt, dass nicht bzw. nicht rechtzeitig abgesagte Termine in Rechnung gestellt werden können.

Sollte es Ihnen einmal nicht möglich sein, einen vereinbarten Termin wahrzunehmen, ist es unbedingt erforderlich uns Ihre Verhinderung mindestens 24h vor dem vereinbarten Termin mitzuteilen. Gerne werden wir dann mit Ihnen diesen Termin verschieben. Sollten Sie einen fest vereinbarten Termin nicht wahrnehmen, ohne uns vorher rechtzeitig über diesen Umstand in Kenntnis gesetzt zu haben, dürfen wir Sie darauf aufmerksam machen, dass Ihnen in diesem Fall eine Entschädigung in Rechnung gestellt werden kann (§§ 650 / 280 BGB). Berechnungsgrundlage für das in diesem Fall anfallende „Ausfallhonorar" ist der in der Praxis anfallende durchschnittliche Kostenfaktor, der für eine Praxisstunde 250 EUR und für eine Prophylaxe-Stunde 120 EUR beträgt.

Ich bin damit einverstanden, dass bei umfangreichen zahnärztlichen oder zahntechnischen Leistungen, für die mein(e) Zahn-arzt/Zahnärztin gegenüber dem Zahntechniker in finanzielle Vorleistung treten muß, gegebenenfalls eine Bonitätsanfrage bei einem Kreditschutzunternehmen oder einer Auskunftei eingeholt wird.

18.02.2019 **Unterschrift:** .....

Unsere Öffnungszeiten sind:
Montag-Donnerstag 7:00 - 12:30 und 14:00 - 17:00, Freitag 7:00 - 12:00

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname und Anschrift der Patientin/des Patienten

Geburtsdatum

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 ☐ 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 Auskunftei zur Prüfung meiner Bonität. Die Praxis und/oder DZR teilen auf Nachfrage Name und Adresse der Auskunftei 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. 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 zum Datenschutz habe ich zur Kenntnis genommen. Eine Kopie dieser Einverständniserklärung habe ich erhalten.

Ort/Datum

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 GmbH

Marienstraße 10 | 70178 Stuttgart

Praxisstempel

Original zur Ablage in Karteikarte

DZR-A_EE-2_V10 09/18-300000

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.

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 ausschließlich auf Basis 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:

DZR Deutsches Zahnärztliches Rechenzentrum GmbH

Sitz und Amtsgericht: Stuttgart HRB 6658

Hauptsitz Stuttgart:
Marienstraße 10
70178 Stuttgart
Telefon 0711 61947-40
Telefax 0711 61947-50

Niederlassung Neuss:
Hermann-Klammt-Straße 7
41460 Neuss
Telefon 02131 5673-0
Telefax 02131 5673-56

Hanseatische Niederlassung:
Heidenkampsweg 51
20097 Hamburg
Telefon 040 237802-0
Telefax 040 237802-78

Niederlassung FRH:
Marienstraße 12
70178 Stuttgart
Telefon 0711 36511-200
Telefax 0711 36511-201

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

www.dzr.de