

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

um Sie bzw. Ihr Kind kennen zu lernen und Medikamente und Behandlungsverfahren richtig auswählen zu können, bitten wir Sie um die Angabe persönlicher Daten sowie um die Beantwortung einiger Fragen zu Ihrer Gesundheit. Bei Unklarheiten fragen Sie bitte nach. Diese Angaben müssen wir jährlich aktualisieren.

Bitte lesen Sie auch die **Rückseite** aufmerksam. Dort sind noch **zwei Unterschriften** erforderlich.

**Persönliche Daten**

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geb.-Datum: \_\_\_\_\_ Geb.-Ort \_\_\_\_\_

Straße, Hausnr.: \_\_\_\_\_

PLZ, Wohnort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Hausarzt : \_\_\_\_\_

Überwiesen von: \_\_\_\_\_

männlich  weiblich  divers  unbest.  unbek.

Größe: \_\_\_\_\_ cm      Gewicht: \_\_\_\_\_ kg

Name der Krankenversicherung: \_\_\_\_\_

gesetzlich  privat

Arbeitgeber: \_\_\_\_\_

Familienversichert? Dann bitte Angaben zum Versicherten:

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geb.-Datum: \_\_\_\_\_

Grund der Beratung / Behandlung: \_\_\_\_\_

**Anamnese** (bitte beantworten Sie **alle** Fragen mit **JA** oder **NEIN** und machen Sie ggf. weitere Angaben)

Wichtige Angaben (*)	NEIN	JA	falls Sie mit JA antworten, hier ergänzende Angaben eintragen
• Allergien? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Welche?
• Blutverdünnende Medikamente? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ASS <input type="checkbox"/> Marcumar <input type="checkbox"/> Xarelto <input type="checkbox"/> Eliquis <input type="checkbox"/> andere:
• Andere Medikamente? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Welche? Wofür?
• Medikamentenunverträglichkeit? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Welche?
• Hoher Blutdruck? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Medikamente:
• Diabetes mellitus? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> insulinpflichtig <input type="checkbox"/> HbA1c-Wert:
• Herzklappenfehler/-ersatz? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Welche?
• Blutgerinnungsstörung? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Welche?
• Infektionskrankheiten? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Hepatitis <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> HIV
• Osteoporose? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Medikamente:
• Schilddrüsenfunktionsstörungen? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Überfunktion <input type="checkbox"/> Unterfunktion
• Erhöhter Augeninnendruck / Glaukom? ..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Medikamente:
• Chemotherapie? (auch frühere).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Welche? Wofür?
• Regelmäßige Infusionen? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Welche? Wofür?
• Drogen? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Welche?
• Rauchen? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Zigaretten ____ /d <input type="checkbox"/> Zigarren ____ /d
• Andere Krankheiten?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Welche?
• Schwangerschaft? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Welche SSW? <span style="float: right;">BMI:</span>

**Bitte lesen Sie auf der Rückseite weiter, dort sind zwei Unterschriften erforderlich!**

## Einwilligung Datenverarbeitung

[Streichungen oder Ergänzungen sind nicht zulässig]

Um unsere Dienstleistungen erbringen zu können, erheben wir persönliche und medizinische Daten, die wir im Rahmen Ihrer Behandlung gemäß den gesetzlichen Bestimmungen verwenden und speichern. Die „PATIENTENINFORMATION ZUR ERHEBUNG PERSONENBEZOGENER DATEN“ macht dazu die notwendigen Aussagen. Diese Einwilligung gilt auch,

1. um im Zusammenhang mit Ihrer Behandlung weiteren Leistungserbringern Daten übermitteln zu dürfen oder von dort anfordern zu dürfen.
2. um mit Ihnen in Kontakt treten zu dürfen, z. B. Terminerinnerungen oder Einladungen zu späteren Kontrolluntersuchungen (Post / E-Mail / Telefon).

Die „PATIENTENINFORMATION ZUR ERHEBUNG PERSONENBEZOGENER DATEN“ ist mir ausgehändigt worden. Ich habe sie gelesen und verstanden. Ich willige auch ein, dass Daten über die oder zum Zwecke der Behandlung an / von andere(n) (Zahn-)Ärzten übermittelt/angefordert werden dürfen. Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung, nur mit Wirkung für die Zukunft, jederzeit formlos widerrufen kann. Bisher durchgeführte, von dieser Einwilligung abgedeckte Datenweitergaben bleiben dadurch rechtmäßig. Ich entbinde hiermit die Ärzte und Zahnärzte der Praxisklinik für den genannten Zweck (1) von der Schweigepflicht.

X

Datum

Unterschrift Patient / Eltern\* / Betreuer

[Diese Unterschrift ist erforderlich – ohne ist eine Behandlung nicht möglich]

## Hinweise für gesetzlich Versicherte

[Streichungen oder Ergänzungen sind nicht zulässig]

Identifikation: Der gesetzlich versicherte Patient weist sich nach gesetzlichen Vorschriften durch seine Gesundheitskarte aus. Liegt keine Karte vor, kann eine Behandlung nur gegen Vorauszahlung erfolgen. Gleiches gilt für den Fall, dass die Karte ungültig oder nicht lesbar ist.

Behandlungsvertrag: Dem Behandlungsvertrag liegen das SGB V, der EBM sowie der BEMA zu Grunde. **Verlangt der gesetzlich versicherte Patient eine Privatleistung, so ist er ein Selbstzahler.** Bitte lesen Sie dazu ggf. auch den nächsten Abschnitt.

## Hinweise für Selbstzahler

[Streichungen oder Ergänzungen sind nicht zulässig]

Identifikation: Der Selbstzahler weist sich vor Beginn seiner Behandlung durch Vorlage eines gültigen Lichtbildausweises aus. Versicherungskarten oder -ausweise von privaten Krankenversicherungen akzeptieren wir ausdrücklich nicht. Haben Sie Ihren Hauptwohnsitz außerhalb der BRD, so leisten Sie bitte eine Vorauszahlung für Ihre Behandlung.

Behandlungsvertrag: Der Behandlungsvertrag zwischen einem Selbstzahler und der Praxisklinik Dr. Fürstenau wird geschlossen mit der Abgabe dieses Bogens, spätestens jedoch durch die folgende Beratung / Untersuchung durch den behandelnden Arzt / Zahnarzt. Es bedarf dabei keiner Schriftform, der Vertrag kommt auch mündlich zu Stande. Dem Behandlungsvertrag liegen die GOÄ und GOZ in der jeweils gültigen Fassung zu Grunde. Die Ausführungen der genannten Gebührenordnungen werden beiderseits als bekannt vorausgesetzt.

Liquidation: Etwaige Vorgaben oder Richtlinien der Kostenträger (Versicherung, Beihilfe) sind kein Maßstab für unsere Behandlung. **Etwaige Sondertarife von Versicherungen anerkennen wir ausdrücklich nicht. Insbesondere rechnen wir nicht nach so genannten „Standard- oder Basistarifen“ o. ä. ab.**

Von Kostenträgern vorgelegte Höchstpreislisten für Laborleistungen sind rechtlich unwirksam und werden ausdrücklich nicht anerkannt.

Die Liquidation erfolgt durch den Liquidationsberechtigten auch dann, wenn die Untersuchung / Behandlung durch dessen Vertreter durchgeführt wurde. Mit der Untersuchung / Behandlung durch den jeweiligen Vertreter erkläre ich mich ausdrücklich einverstanden.

Aufträge an Dritte: Falls weitergehende Untersuchungen notwendig werden (z. B. mikrobiologische oder pathologische Untersuchung), wird der behandelnde Arzt / Zahnarzt oder dessen Vertreter hiermit berechtigt,

Untersuchungen nach eigenem Ermessen im Auftrag und auf Rechnung des Patienten zu veranlassen.

Einseitiges Abtretungsverbot: Ansprüche und Forderungen, die sich aus dem Behandlungsvertrag ergeben, dürfen seitens des Selbstzahlers / des Zahlungspflichtigen nicht an Dritte abgetreten oder verpfändet werden.

Bonitätsprüfung: Zum Zwecke der ggf. erforderlichen Prüfung Ihrer Bonität und im Falle nicht vertragsgemäßer Abwicklung übermittelt die Praxisklinik Dr. Fürstenau Auskünfte über personenbezogene Daten und Zahlungsdaten an Auskunftsstellen (derzeit genutzte Auskunftsstellen: PVS-dental, Creditreform). Die jeweilige Datenübermittlung und -speicherung erfolgt gemäß § 28 Bundesdatenschutzgesetz, soweit dies zur Wahrung berechtigter Interessen der Praxisklinik Dr. Fürstenau, der Auskunftsstellen oder der Allgemeinheit erforderlich ist.

Schweigepflichtentbindung: Sie entbinden hiermit auch hinzugezogene Ärzte, die im Auftrag Untersuchungen für Sie durchführen (z. B. Pathologen sowie etwaige Referenzpathologen) gegenüber derer Abrechnungsgesellschaft von ihrer Schweigeverpflichtung.

Externe Abrechnungsstelle: Rechnungen über ärztliche und zahnärztliche Leistungen, Laborleistungen, Materialien sowie Auslagen und Ersatz von Aufwand werden i. d. R. über die PVS-dental GmbH abgewickelt. Hierzu müssen Sie eine weitere Erklärung unterschreiben.

Diese Erklärung ist sinnvoller Weise auch von Versicherten der gesetzlichen Krankenkassen schon zu Beginn der Behandlung zu unterschreiben, da Sie sich später vielleicht für eine zuzahlungspflichtige Behandlung oder eine Selbstzahler-Behandlung entschließen werden und wir diese Erklärung dann zur Rechnungsstellung benötigen.

## Hinweise an alle Patienten

[Streichungen oder Ergänzungen sind nicht zulässig]

Absage von Terminen: Die Praxisklinik Dr. Fürstenau arbeitet nach einem Bestellsystem, d. h. dass Ärzte, Personal, Räumlichkeiten speziell für Ihre Behandlung / Operation vorgehalten werden. **Sollten Sie Ihren reservierten Termin nicht wahrnehmen können, bitten wir Sie, dies uns so früh wie möglich mitzuteilen, mindestens jedoch 24h vorab.**

Absage von Narkoseterminen: Bei Narkoseterminen bitten wir um rechtzeitige Absage mindestens 3 Tage vorab.

Unentschuldig versäumte Termine oder mehrfache kurzfristige Absagen führen regelhaft zu einer Aufhebung des Behandlungsvertrages durch uns.

## Erklärung

[Streichungen oder Ergänzungen sind nicht zulässig]

Ich habe alle obigen Hinweise zur Kenntnis genommen und akzeptiere ausdrücklich alle genannten Bedingungen. Ich bestätige die Richtigkeit meiner Angaben auf der Vorderseite.

X

Datum

Unterschrift Patient / Eltern\* / Betreuer / Zahlungspflichtiger

[Diese Unterschrift ist erforderlich – ohne ist eine Behandlung nicht möglich]