

Anmeldung

Wir bitten Sie, im Interesse einer komplikationslosen Behandlung, alle Fragen wahrheitsgemäß und vollständig zu beantworten. Ihre Angaben unterliegen der Schweigepflicht und ermöglichen es uns, die Behandlung Ihren Wünschen und Ihrem Gesundheitszustand anzupassen.

Patientendaten:

Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____
Anschrift: _____
Telefon/ Mobil: _____ E-Mail: _____
Krankenkasse: _____ Freiwillig versichert: ja ☐ nein ☐ Zusatzversicherung: ja ☐ nein ☐
Hausarzt: _____
Wann war die letzte Röntgenuntersuchung im Kopf-/ Kieferbereich?: _____

Versichertendaten (sofern sie von den Patientendaten abweichen, **bei Kindern**):

Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____
Anschrift: _____
Telefon/ Mobil: _____

Allgemeinmedizinische Auskünfte:

Frauen

Besteht eine Schwangerschaft: ja ☐ _____ Woche nein ☐ ungewiss ☐

Haben oder hatten Sie

Allergien: ja ☐ Welche?: _____ nein ☐
Asthma: ja ☐ nein ☐ Lungenerkrankung: ja ☐ nein ☐
Herzerkrankung (Herzinfarkt, Herz-OP, Angina Pectoris, Herzrhythmusstörung, Herzschwäche, ...) ja ☐ nein ☐
Wenn ja, welche: _____

Herzschrittmacher: ja ☐ nein ☐ Blutgerinnungsstörung: ja ☐ nein ☐
Herzklappenersatz: ja ☐ nein ☐ Endo-Prothese (künstl. Gelenke): ja ☐ nein ☐
Endokarditis-Prophylaxe bzw. Antibiotikatherapie vor bestimmten Behandlungen notwendig?: ja ☐ nein ☐

Schlaganfall: ja ☐ Wann?: _____ nein ☐ Blutdruckveränderung: hoch ☐ niedrig ☐

Ohnmachtsneigung ja ☐ nein ☐ Anfallsleiden (Epilepsie): ja ☐ nein ☐
Diabetes: ja ☐ nein ☐ Schilddrüsenerkrankung: ja ☐ nein ☐
Nierenerkrankung: ja ☐ nein ☐ Lebererkrankung: ja ☐ nein ☐

Osteoporose ja ☐ nein ☐

Behandlung m. Bisphosphonate: ja ☐ nein ☐

!!! bitte wenden !!!

Infektionskrankheiten (HIV/ Aids, Hepatitis, Tuberkulose, Creutzfeld-Jakob, MRSA, Covid-19) ja ☐ nein ☐

Wenn ja, welche: _____

Sonstige Erkrankungen: _____

Nehmen Sie Blutverdünner?: ja ☐ Welchen?: _____ nein ☐

Welche Medikamente nehmen Sie noch regelmäßig?: _____

Weitere Angaben:

Haben/ Hatten Sie eine Chemo-/ Bestrahlungstherapie: ja ☐ Wann?: _____ nein ☐

Sind Sie Raucher?: ja ☐ Wie viele Zigaretten pro Tag?: _____ nein ☐

Sind/ waren Sie alkohol-/ drogenabhängig?: ja ☐ nein ☐

Haben Sie einen Pflegegrad oder bekommen eine Eingliederungshilfe?: ja ☐ nein ☐

Bitte teilen Sie uns Änderungen Ihres Gesundheitszustandes unaufgefordert mit!

Ort, Datum

Unterschrift

Unterschrift (gesetzl. Vertreter)

Einverständniserklärung bei der Behandlung Minderjähriger:

Hat der/die Patient/in das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet, ist für eine Behandlung (außer akuter Schmerzbehandlung) die Einverständniserklärung eines Erziehungsberechtigten notwendig.

Ort, Datum

Unterschrift (gesetzl. Vertreter)

Hinweise zu unserem Praxisverlauf:

Wir bemühen uns stets, unsere Terminorganisation so effizient wie möglich zu gestalten. Eine Absage sollte daher nur in dringenden Fällen, möglichst 24h vor der Behandlung, erfolgen. Nicht rechtzeitig abgesagte Termine werden gegebenenfalls **privat** in Rechnung gestellt.

Wir möchten Sie darauf aufmerksam machen, dass Kunststofffüllungen im Seitenzahnbereich meist nicht von der Krankenkasse übernommen werden. Es kann daher, nach Absprache zu Mehrkosten kommen, die privat getragen werden müssen.

Wir weisen ausdrücklich darauf hin, dass Ihr Reaktionsvermögen im Straßenverkehr nach einer zahnärztlichen Behandlung bzw. nach einer Lokalanästhesie und/ oder Medikamentengaben eingeschränkt sein kann und bitten Sie, uns diese Aufklärung durch Ihre Unterschrift zu bestätigen.

Ort, Datum

Unterschrift

Unterschrift (gesetzl. Vertreter)

Name, Vorname und Anschrift des Patienten*

geboren am

Pflichtfeld – per Hand ausfüllen oder per EDV bedrucken

Name, Vorname

Geburtsdatum

Straße

PLZ, Ort

Stellung zum Patienten:

Vater

Mutter

Betreuer

oder

EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG ECHTES FACTORING

1. Ich bin mit der Weitergabe der zum Zweck der Abrechnung der erbrachten Leistungen jeweils erforderlichen, insbesondere der Patientenkartei entnommenen Informationen (Name, Geburtsdatum, Anschrift, Diagnose, Untersuchungs- und Behandlungsdaten) sowie der Abtretung der Forderung zum Zweck des Einzuges an die PVS dental GmbH (kurz: PVS dental) einverstanden.

2. Ich stimme zu, dass die PVS dental die Leistungen meines Arztes/Zahnarztes im eigenen Namen in Rechnung stellen und für eigene Rechnung 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 einverstanden. Im Fall einer etwaigen gerichtlichen Auseinandersetzung ist die PVS dental Prozesspartei und mein Arzt/Zahnarzt kann als Zeuge gehört werden. Insoweit entbinde ich den Arzt/Zahnarzt hiermit zugleich auch von seiner ärztlichen Schweigepflicht.
3. Ich ermächtige meinen Arzt/Zahnarzt vor Beginn der Behandlung bei einer Auskunft oder Kreditschutzorganisation (Experian GmbH) eine Auskunft über meine Bonität bzw. bei Rechnungsbeträgen über 5.000,- EUR eine Schufa-Auskunft einzuholen. Die Datenübermittlung an die Auskunft oder Kreditschutzorganisation erfolgt über die PVS dental, Limburg. Die PVS dental gibt keine Patientendaten an eine Bank weiter.

4. Diese Erklärung gilt auch für Forderungen, die aus zukünftigen Behandlungen entstehen. Sie kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft gegenüber meinem Arzt/Zahnarzt oder der PVS dental 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 der Praxis und der PVS dental mehr statt.

☐

(Bitte ankreuzen)

DIGITALER RECHNUNGSVERSAND

Ich willige ein, dass die PVS dental mir meine Rechnungen elektronisch zustellen darf. Die Zustellung erfolgt datenschutzkonform über das PVS-Patientenportal und ist mit einer 2-Faktoren-Authentifizierung mittels SMS-Service abgesichert. Ich bestätige die Richtigkeit meiner folgenden Mobilfunknummer:

Ort / Datum

Unterschrift Patient bzw. gesetzlicher Vertreter**

* Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf die gleichzeitige Verwendung männlicher und weiblicher Sprachformen verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten gleichermaßen für beiderlei Geschlecht.

** Unterzeichnet bei minderjährigen Kindern ein Elternteil allein, so sichert er ausdrücklich zu, dass die Einwilligung des anderen Sorgeberechtigten ebenfalls vorliegt.

WICHTIGE INFORMATIONEN ZU IHRER PRIVATABRECHNUNG

(Art. 12 ff. DSGVO i. V. m. §§ 32 ff. BDSG - neu)

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

bitte nehmen Sie sich kurz Zeit. Im Rahmen Ihrer Behandlung fallen Daten über Sie an, die 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 PVS dental GmbH (kurz: PVS dental) zu beauftragen. Die PVS dental ist ein Tochterunternehmen von mehreren berufsständischen Privatärztlichen Verrechnungsstellen mit langjähriger Erfahrung in der zahnärztlichen Abrechnung. Zweck dieser Zusammenarbeit ist es, unsere Verwaltung in Abrechnungsfragen zu entlasten und Sie bei Kostenerstattungsproblemen zu unterstützen. Hierdurch gewinnen wir mehr Zeit zur optimalen Betreuung unserer Patienten. Ihre Honorarabrechnung erfolgt dabei nach unseren Vorgaben.

Empfänger der Daten ist die PVS dental. Die PVS dental unterliegt als Berufsheiministrier, so wie wir selbst auch, den Bestimmungen der gesetzlichen Schweigepflicht und des Datenschutzes. In allen Fragen zur Abrechnung erreichen Sie die PVS dental als Ihren kompetenten Ansprechpartner unter der angegebenen Anschrift oder unter Tel.: +49 6431 28580-0 bzw. E-Mail: info@pvs-dental.de.

Wir möchten Sie daher bitten, sich die umseitige 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 dental verarbeiteten Gesundheitsdaten werden ab Zweckfortfall gesperrt und nach Ablauf der gesetzlichen Aufbewahrungsfris-

ten 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 dental (datenschutz@pvs-dental.de). Weitere Informationen zum Datenschutz bei der PVS dental finden Sie in der PVS-Transparenzerklärung die jederzeit im Internet abrufbar ist unter **www.pvs-dental.de/datenschutz**

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. Die Kontaktdaten der zuständigen Aufsichtsbehörde lauten:

Der Hessische Datenschutzbeauftragte
Postfach 3163, 65021 Wiesbaden
E-Mail: poststelle@datenschutz.hessen.de

Vielen Dank für Ihr Vertrauen!
Ihr Praxisteam

Praxisstempel

PVS dental GmbH

Auf der Heide 4, 65553 Limburg
Tel. +49 6431 28580-0
info@pvs-dental.de | www.pvs-dental.de

