

Patient:    
Name / Vorname Geburtsdatum

Mitglied:    
Name / Vorname Geburtsdatum

Adresse:    
Straße, Haus-Nr. PLZ, Ort

Telefon Mobiltelefon\* E-Mail

Tätigkeit:    
Beruf Arbeitgeber\*

Empfehlung:   
Wer hat uns empfohlen?\*

Krankenkasse:

Sind Sie pflichtversichert:  Ja  Nein Haben Sie eine private Zusatzkrankenversicherung?  Ja  Nein

Beinhaltet Ihr Versicherungsvertrag besondere Beschränkungen?  Ja  Nein Sind Sie Beihilfeberechtigter des öffentlichen Dienstes?  Ja  Nein

(z.B. Beschränkung auf den 1,8 fachen Satz im sog. „Standardtarif“)

Sehr geehrter Patient - sehr geehrte Patientin!

Wir sind bemüht Ihnen eine möglichst angenehme und umfassende Behandlung zu bieten. Im Interesse eines komplikationslosen Verlaufs bitten wir Sie die nachfolgenden Fragen zu beantworten und mit Ihrer Unterschrift zu bestätigen. Alle Angaben werden streng vertraulich behandelt und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Bei eventuell auftretenden Fragen sind wir Ihnen selbstverständlich gerne behilflich.

Welcher Arzt Kollege betreut Sie? (Hausarzt)

Sind Sie derzeit in ärztlicher Behandlung?  Ja  Nein Wenn ja, weshalb?

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?  Ja  Nein Wenn ja, welche?

Wo waren Sie zuletzt zahnärztlich in Behandlung?

Haben oder hatten Sie eine der nachfolgend aufgeführten Krankheiten?

Herz- / Kreislauferkrankungen  Ja  Nein Tragen Sie einen Herzschrittmacher?  Ja  Nein

Erkrankungen der Schilddrüse?  Ja  Nein Lebererkrankungen (Hepatitis: Gelbsucht)  Ja  Nein

Infektionskrankheiten (z.B. HIV+, AIDS)  Ja  Nein

Allergien  Ja  Nein Wenn ja, welche?

Haben oder hatten Sie eine der nachfolgend aufgeführten Krankheiten? (Fortsetzung)

Tuberkulose	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Diabetes mellitus (Zucker)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Asthma	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Rheumatische Erkrankungen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Erhöhte Blutungsneigung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Sonstige Erkrankungen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Rauchen Sie?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Wenn ja, wie viele Zigaretten / Tag?	<input type="text"/>

Wurden Sie in den letzten 12 Monaten im Mund-Kieferbereich geröntgt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Wurde bei Ihnen eine kieferorthopädische Behandlung durchgeführt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Sind für Sie ästhetisch schöne/weisse Zähne wichtig?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
Wurde bei Ihnen bisher eine Parodontose Behandlung durchgeführt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Wenn ja, wann?	<input type="text"/>
Wurden Sie schon einmal im Kopf-/Halsbereich operiert?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Hatten Sie bisher eine Professionelle Zahnreinigung (PZR)?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Wann waren Sie das letzte Mal beim Zahnarzt?	<input type="text" value="Datum"/>	Blutet Ihr Zahnfleisch ab und zu?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Knirschen Sie mit den Zähnen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Tragen Sie nachts eine Aufbißschiene?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Für unsere Patientinnen: Sind Sie schwanger?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
<b>Eigene Zähne ein ganzes Leben lang - erstrebenswert?</b>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
<b>Recall-System</b> Möchten Sie per E-Mail an einen Termin zur Zahnreinigung erinnert werden?	<input type="checkbox"/> Ja, alle 3 Monate <input type="checkbox"/> Ja, alle 6 Monate		

**Bitte beachten Sie, dass bei einer Behandlung mit örtlicher Betäubung Ihre Verkehrstüchtigkeit eingeschränkt sein kann.**

**Bedenken Sie bitte ebenfalls, dass für den vereinbarten Behandlungstermin die Praxis Ihnen und Ihrer Gesundheit zur Verfügung steht. Sagen Sie deshalb Termine, die Sie nicht einhalten können, frühzeitig - mindestens jedoch 24 Stunden vor Behandlungsbeginn - ab. Sollten wir vergeblich auf Sie warten und in dieser Zeit nicht anderweitig ausgelastet sein, müssen wir Ihnen die Ausfallzeit mit 50.- Euro pro begonnene halbe Behandlungsstunde in Rechnung stellen.**

Datum / Unterschrift



Ganzheitliche Zahnmedizin &  
Kieferorthopädie  
Olgastraße 62 | 89073 Ulm/Donau  
T: 0731 66190

Qualitätsmanagement

Erklärung zur Entbindung der  
Schweigepflicht

## **Erklärung zur Entbindung von der Schweigepflicht für die Weitergabe von Unterlagen an die weiterbehandelnden Zahnärzte**

Hiermit entbinde ich, \_\_\_\_\_, geb. am \_\_\_\_\_

die Zahnärztin, Frau Dr. Sara Ganzenmüller oder der Zahnarzt Herr Survila oder Zahnarzt Herr Dooat;

von ihrer ärztlichen Schweigepflicht und erkläre mich damit einverstanden, dass meine zahnärztlichen Behandlungsunterlagen (Planung, Röntgenbilder, Modelle, etc.) an die weiterbehandelnden Zahnärzte oder Labore übersandt werden.

Ich erkläre mich des Weiteren damit einverstanden, dass die Zahnärztin oder der Zahnarzt den weiterbehandelnden Zahnärzten auf Anforderung weitere Auskünfte über die betreffende Behandlung erteilt.

Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht jederzeit schriftlich mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

Ulm, den \_\_\_\_\_

.....  
(Unterschrift der Patientin)

Name, Vorname, Anschrift Patient:in\*\*

geboren am\*\*

# Einverständniserklärung\*

Gesetzliche:r Vertreter:in bei Minderjährigen/  
Geschäftsunfähigen/beschränkt Geschäftsfähigen

Vorname

Nachname

Geburtsdatum

Straße

Nr.

PLZ/Ort

Behandler:in (Praxisstempel/Klinikstempel)

Sollte es über die Berechtigung der Forderung unterschiedliche Auffassungen geben, kann der/die Behandler:in in einer etwaigen Auseinandersetzung als Zeuge:in gehört werden.

Nach Abschluss des Verfahrens werden die Daten gelöscht. Es gelten die gesetzlichen Aufbewahrungsfristen.

## Beide Elternteile sind sorgeberechtigt und nur ein Elternteil ist anwesend.

Ich erkläre hiermit, in meiner Eigenschaft als gesetzliche Vertretung, zur alleinigen Einwilligungserteilung der Übermittlung der für die Abrechnung erforderlichen Informationen meines Kindes von dem abwesenden sorgeberechtigten Elternteil berechtigt zu sein.

## Bitte durch Ankreuzen bestätigen.

### Schweigepflichtsentbindung

Ich entbinde meine:n Behandler:in, der/die Vertreter:in und BFS in dem aufgezeigten Rahmen jeweils von ihrer Schweigepflicht.

Vorstehende Erklärungen können mit Wirkung für die Zukunft schriftlich widerrufen werden.

Datum

Unterschrift Patient:in bzw. gesetzlicher: Vertreter:in

Ich erkläre mich ausdrücklich einverstanden mit der

- möglichen Anfrage durch den Behandelnden bei BFS bezüglich der Abrechnung über BFS, auch vor Aufnahme der Behandlung,
- Einholung einer Bonitätsinformation bei einer Auskunft durch BFS (unter Angabe von Name, Geburtsdatum und Anschrift des/der Patient:in/ 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),
- 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.

Ich wurde darüber informiert, dass BFS die Leistungen meines/meiner Behandlers:in mir gegenüber abrechnen und den Rechnungsbetrag bei mir geltend machen wird.

\*\*Bitte diese Felder unbedingt ausfüllen

Liebe Patientin, lieber Patient,

wir möchten uns voll und ganz auf Sie und Ihre Behandlung konzentrieren. Deshalb haben wir uns dafür entschieden, die Abrechnung einem kompetenten Partner zu übertragen:

**bfs<sup>+</sup>**  
health finance

BFS health finance GmbH  
Hülshof 24 · 44369 Dortmund  
Telefon 0231-94 53 62-600  
Fax 0231-94 53 62-688  
patientenservice@meinebfs.de

BFS gewährleistet die zügige, unkomplizierte und korrekte Bearbeitung Ihrer Rechnung. Sie ist zugleich Ihr freundlicher und kompetenter Ansprechpartner in allen Belangen der Rechnung und bietet Ihnen auf Wunsch auch Teilzahlungsmöglichkeiten.

Um die Abrechnung in Zusammenarbeit mit BFS zu ermöglichen, benötigen wir Ihr schriftliches Einverständnis. Daher bitten wir Sie um Ihre Zustimmung durch Unterzeichnung der nebenstehenden Erklärungen. Bitte beachten Sie für weitere Informationen zum Datenschutz unser Informationsblatt.

Weitergehende Informationen zum Thema Datenschutz bei BFS und zu Ihren Rechten erfahren Sie unter:

<https://meinebfs.de/datenschutz/>

Wir bedanken uns für Ihr Vertrauen.

\* Streichungen und/oder Änderungen der vorstehenden Erklärungen sind nicht zulässig und machen die Einverständniserklärung unwirksam.