

Liebe Patientin, lieber Patient,

Herzlich willkommen in meiner Praxis,

bevor wir mit der Beratung oder Behandlung beginnen, benötige ich neben den Personalien auch Auskünfte über den Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine komplikationslose Behandlung. Dieser Fragebogen unterliegt der ärztlichen Schweigepflicht, ohne Ihr Einverständnis werden keine Daten herausgegeben. Bitte informieren Sie uns, wenn sich etwas ändert.

#### Patientendaten:

\_\_\_\_\_  
Name des Patienten ( bitte in Druckbuchstaben)

\_\_\_\_\_  
geb. am

\_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer

\_\_\_\_\_  
PLZ + Ort

\_\_\_\_\_  
Telefon privat

\_\_\_\_\_  
Handynummer

\_\_\_\_\_  
Telefon beruflich

\_\_\_\_\_  
Beruf

\_\_\_\_\_  
E-Mailadresse

Hiermit entbinde ich die oben genannte Kieferorthopädische Praxis von ihrer Schweigepflicht gegenüber:

Ehefrau/-mann

Tochter / Sohn

Lebensgefährtin

Eltern

Die genannten Personen sind befugt, Termininformationen im Falle meiner Abwesenheit zu erhalten.

#### Krankenkasse:

\_\_\_\_\_  
Name der Krankenkasse

Bei einer **gesetzlichen Kasse** angeben:

Bei einer **privaten Kasse** angeben:

Pflichtversichert:  Ja  Nein

Standardtarif / Basistarif (ausweispflichtig) :  Ja  Nein

Freiwillig versichert:  Ja  Nein

Beihilfeberechtigt:  Ja  Nein

Zahnzusatzversicherung:  Ja  Nein

Vollversichert:  Ja  Nein

Wünschen Sie einen Röntgenpass?  Ja  Nein

#### Versichertendaten: (sofern diese von den Patientendaten abweichen)

\_\_\_\_\_  
Name der/des Versicherten ( bitte in Druckbuchstaben)

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer

\_\_\_\_\_  
PLZ + Ort

Rechnung an den/die Patienten/Paten oder den Versicherten:  an den Patienten  an den Versicherten

### Ärztliche Behandlung:

Sind Sie derzeit in ärztlicher Behandlung?

Ja  Nein

Wenn ja, in welcher Fachrichtung und bei welchem Arzt?

---

### Hausarzt:

Wer ist ihr Hausarzt?

---

### Kieferorthopädische Behandlung:

Waren oder sind Sie in kieferorthopädischer Behandlung?

Ja  Nein

Wenn ja, bei wem?

---

Wenn ja, wann? Von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

### Röntgen:

Wurden Röntgenbilder im Kopf-Halsbereich angefertigt?

Ja  Nein

Wenn ja, wann und bei wem?

---

Dürfen diese bei Bedarf eingefordert werden?

Ja  Nein

Besteht eine Schwangerschaft?

Ja  Nein

### Zahnarzt:

Wer ist ihr Zahnarzt?

---

### Medikamente:

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

Ja  Nein

Wenn ja, welche?

---

### Allergien:

Gegen welche Stoffe besteht Überempfindlichkeit?

---

Haben Sie einen Allergiepass?

Ja  Nein

**Allgemeine Zahnmedizin:**

Haben Sie motorische Einschränkungen  Ja  Nein

Wenn ja, welche?  
\_\_\_\_\_

Haben Sie Zahnprobleme?  Ja  Nein

Waren Sie deshalb in Behandlung?  Ja  Nein

Haben Sie negative Erfahrungen bei Zahnärzten gemacht?  Ja  Nein

Sind Sie in regelmäßiger allgemein Zahnärztlicher Behandlung mit Prophylaxeprogramm?  Ja  Nein

**Infektionskrankheiten:**

Hatten Sie Leberentzündungen/ Gelbsucht (Hepatitis A/B)  Ja  Nein

Tuberkulose  Ja  Nein

Wurde bei Ihnen ein Aids-test durchgeführt?  Ja  Nein

Wenn ja mit welchem Ergebnis?  
\_\_\_\_\_

**Liegt eine Zahn- und / oder Kieferfehlstellung vor bei:**

Vater  Ja  Nein

Mutter  Ja  Nein

Geschwister  Ja  Nein

Atmen Sie eher durch  den Mund  die Nase

Liegt bei Ihnen ein Sprach- oder Sprechfehler vor?  Ja  Nein

Wenn ja, welcher:  
\_\_\_\_\_

Wurden Sie durch einen Sprachtherapeuten (Logopäden) untersucht oder behandelt?  Ja  Nein

Wenn ja, wegen was?  
\_\_\_\_\_

Haben oder hatten Sie Beschwerden	Häufigkeit/Dauer	Intensität der Beschwerden (0=keine; 10=am stärksten)
im / am Kopf <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	_____	<input type="text" value="0"/> <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="3"/> <input type="text" value="4"/> <input type="text" value="5"/> <input type="text" value="6"/> <input type="text" value="7"/> <input type="text" value="8"/> <input type="text" value="9"/> <input type="text" value="10"/>
im Kiefergelenk <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	_____	<input type="text" value="0"/> <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="3"/> <input type="text" value="4"/> <input type="text" value="5"/> <input type="text" value="6"/> <input type="text" value="7"/> <input type="text" value="8"/> <input type="text" value="9"/> <input type="text" value="10"/>
beim Kauen <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	_____	<input type="text" value="0"/> <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="3"/> <input type="text" value="4"/> <input type="text" value="5"/> <input type="text" value="6"/> <input type="text" value="7"/> <input type="text" value="8"/> <input type="text" value="9"/> <input type="text" value="10"/>
bei Mundöffnung <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	_____	<input type="text" value="0"/> <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="3"/> <input type="text" value="4"/> <input type="text" value="5"/> <input type="text" value="6"/> <input type="text" value="7"/> <input type="text" value="8"/> <input type="text" value="9"/> <input type="text" value="10"/>
bei Mundschluss <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	_____	<input type="text" value="0"/> <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="3"/> <input type="text" value="4"/> <input type="text" value="5"/> <input type="text" value="6"/> <input type="text" value="7"/> <input type="text" value="8"/> <input type="text" value="9"/> <input type="text" value="10"/>

Hatten Sie einen Unfall im Gesichts-/Schädelbereich?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Wurden Zähne verletzt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Schnarchen Sie?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Knirschen Sie mit den Zähnen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Bitte teilen Sie mir Veränderungen des Gesundheitszustandes während der Behandlung unverzüglich mit.

Termine, die nicht eingehalten werden können, müssen spätestens 24 Stunden vorher abgesagt werden, da ansonsten die durch Fernbleiben entstandenen Kosten in Rechnung gestellt werden können.

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

---

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient/in

### EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG DATENSCHUTZ

Mit meiner Unterschrift erkläre ich, \_\_\_\_\_, mich damit einverstanden,

1. dass meine Daten bei Bedarf weitergeleitet werden an Behandelnde Zahnärzte / MKG Chirurgie / Logopädie / Physiotherapie:

Ja  Nein

2. dass Rezepte von folgenden Personen in meinem Namen abgeholt werden dürfen:

Ja  Nein

Namen: \_\_\_\_\_

3. dass neben mit -und weiterbehandelnden Ärzten auch folgenden Personen telefonisch Auskunft bzgl. meiner Daten gegeben werden dürfen:

Ja  Nein

Namen: \_\_\_\_\_

4. dass, falls erforderlich, Röntgenbilder per E-Mail an andere Zahnärzte geschickt werden dürfen:

Ja  Nein

Ich bin berechtigt, gemäß SGBV § 73 Absatz 1b diese Einverständniserklärung jederzeit zu widerrufen.

### Einverständniserklärung zum Erfassen, Bearbeiten und Speichern von Patientendaten

(gem. Art. 9 Abs.2 DSGVO)

Ich erkläre mich einverstanden, dass mein behandelnder Zahnarzt innerhalb der Behandlungskette meine Behandlungsdaten und Befunde zum Zweck der zu führenden Dokumentation und der weiteren Behandlung erfassen, bearbeiten und speichern darf. Mir ist bekannt, dass ich jederzeit, auf schriftlichen Antrag, unentgeltlich Auskunft über die personenbezogenen Daten, die über mich gespeichert wurden, erhalten kann. Zusätzlich habe ich das Recht auf Berichtigung unrichtige Daten, Sperrung und Löschung meiner medizinischen Daten, soweit dem keine gesetzlichen Aufbewahrungsfristen oder andere Gesetze entstehen.

Bitte denken Sie an Ihre Krankenversichertenkarte bei jedem Besuch in unserer Praxis. Liegt diese uns nicht nach Behandlung vor, müssen wir Sie als Privatpatienten einstufen und Ihnen eine Rechnung ausstellen.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient/in

# 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 Berufsgeheimnisträger, 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.: 064 31-285800 bzw. E-Mail: [info@pvs-dental.de](mailto: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!

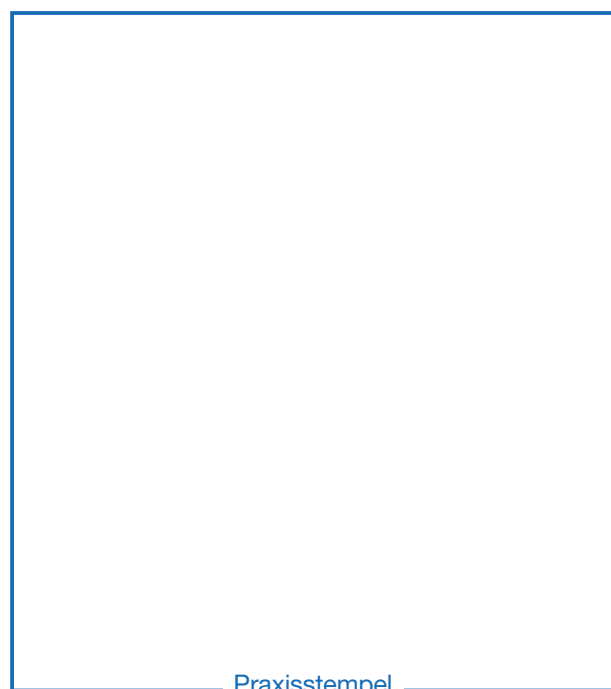
Die von der PVS dental verarbeiteten Gesundheitsdaten werden ab Zweckfortfall gesperrt und nach Ablauf der gesetzlichen Aufbewahrungsfris-

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 die Datenschutzbeauftragte der PVS dental ([datenschutz@pvs-dental.de](mailto: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.html](http://www.pvs-dental.de/datenschutz.html)

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](mailto:poststelle@datenschutz.hessen.de)

Vielen Dank für Ihr Vertrauen!  
Ihr Praxisteam



Praxisstempel

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

Telefonnummer (priv.)

Beruf/Arbeitgeber

## EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG 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 (Creditreform Boniversum GmbH) eine Auskunft über meine Bonität bzw. bei Rechnungsbeträgen über 5.000,- Euro 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.

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.