

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:

Ist Ihr Kind derzeit in ärztlicher Behandlung?

Ja Nein

Wenn ja, in welcher Fachrichtung und bei welchem Arzt?

Kinderarzt / Hausarzt:

Wer ist ihr Kinderarzt / Hausarzt?

Kieferorthopädische Behandlung:

War oder ist Ihr Kind 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:

Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein?

Ja Nein

Wenn ja, welche?

Allergien:

Gegen welche Stoffe besteht Überempfindlichkeit?

Besitzt Ihr Kind einen Allergiepass?

Ja Nein

Allgemeine Zahnmedizin:

Hat Ihr Kind motorische Einschränkungen Ja Nein

Wenn ja, welche?

Hat Ihr Kind Zahnprobleme? Ja Nein

Ist Ihr Kind deshalb in Behandlung? Ja Nein

Hat Ihr Kind negative Erfahrungen bei Zahnärzten gemacht? Ja Nein

Hatte Ihr Kind schon einmal einen Unfall? Ja Nein

Sind Sie in regelmäßiger allgemeinzahnärztlicher Behandlung mit Prophylaxeprogramm? Ja Nein

Infektionskrankheiten:

Hatte Ihr Kind eine Leberentzündungen/ Gelbsucht (Hepatitis A/B) Ja Nein

Tuberkulose Ja Nein

Wurde bei Ihrem Kind ein Aidstest 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

Atmet Ihr Kind eher durch den Mund die Nase

Bis zu welchem Alter hat Ihr Kind Daumen/am Nuckel gelutscht?

Daumen: _____ Nuckel: _____ Sonstige: _____

Liegen bei Ihrem Kind Sprach- oder Sprechfehler vor? Ja Nein

Wenn ja, welcher:

Wurde Ihr Kind durch einen Sprachtherapeuten (Logopäden) untersucht oder behandelt? Ja Nein

Wenn ja, wegen was?

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

Hatte Ihr Kind einen Unfall im Gesichts-/Schädelbereich? Ja Nein
 Wurden Zähne verletzt? Ja Nein
 Schnarcht Ihr Kind? Ja Nein
 Knirscht Ihr Kind mit den Zähnen? Ja Nein

Welche Fluoridierungsmaßnahmen werden durchgeführt?
 Zahnpasta Touchierung Mundspülung Speisesalz

Spielt Ihr Kind ein Instrument? Ja Nein

Wenn ja, welches:

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 Erziehungsberechtigte/r

Einverständniserklärung Datenschutz **für Kinder**

Mit meiner Unterschrift erkläre ich (Name des Elternteils), _____, mich als Träger der elterlichen Verantwortung meine Einwilligung in die Verarbeitung der Gesundheitsdaten von (Name des Kindes) _____ damit einverstanden,

1. dass die Daten meines Kindes 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 Erziehungsberechtigte/r

Einverständniserklärung Röntgen

Medizinische Indikationen erfordern es, in bestimmten Zeitabständen bei Ihrem Kind Röntgenaufnahmen anzufertigen. Ein Beispiel kann eines Anfangs/Zwischen/End Diagnostik sein. Wir bitten Sie daher um Ihr Einverständnis, Röntgenaufnahmen bei Ihrem Sohn / Ihrer Tochter anfertigen zu dürfen.

Hiermit erteile ich,

(Vor- und Zuname Erziehungsberechtigte/r),

mein Einverständnis, dass die Praxis Dr. Norman Kock in regelmäßigen Abständen Röntgenaufnahmen bei meinem Kind,

(Vor- und Zunahme Kind, geb. Datum),

anfertigen darf.

Ort, Datum

Unterschrift Erziehungsberechtigte/r

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.

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!

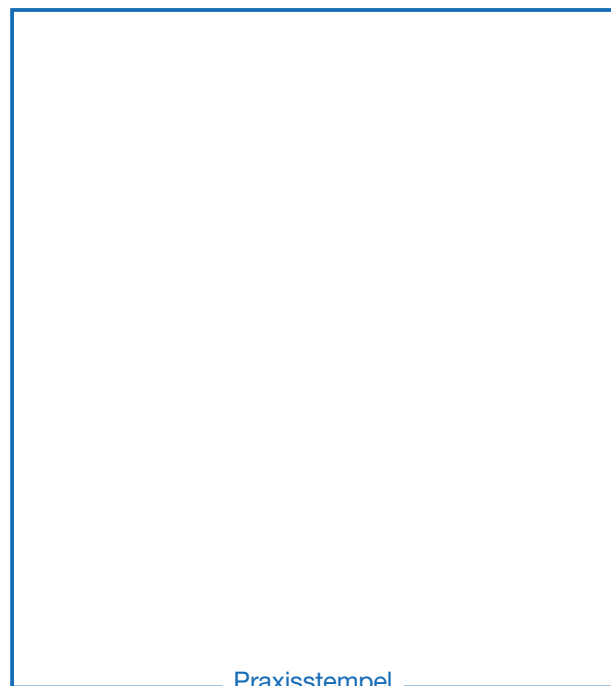
Die von der PVS dental verarbeiteten Gesundheitsdaten werden ab Zweckfortfall gesperrt und nach Ablauf der gesetzlichen Aufbewahrungsfris-

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). 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

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.