

ANMELDUNG (Bitte vor der Behandlung ausfüllen und abgeben)

Patient
Herr / Frau

Name _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____

Anschrift

Straße _____ Nr. _____ Telefon _____

Postleitzahl _____ Ort _____ Telefon mobil _____

e-mail-Adresse _____

Mitglied/
Zahlungspflichtiger

Name _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____

Anschrift

Straße _____ Nr. _____ Telefon _____

Postleitzahl _____ Ort _____

Name der
Krankenkasse

- Pflichtversichert
 freiwillig versichert Ich wünsche Privatbehandlung (§ 13 Abs. 2 SGB V)
 private Zusatzvers. Ich wünsche Krankenkassenbehandlung
 private Zusatzversicherung für den stationären Bereich

Beruf /Arbeitgeber
des Mitgliedes

Arbeitgeber _____

Anschrift des
Arbeitgebers
Überweisender
Zahnarzt/Arzt

Straße _____ Ort _____ Telefon _____

Name _____ Adresse _____

Sehr geehrter Patient!

Sie kommen zur Zahnbehandlung in eine Praxis, die nach dem Bestellsystem geführt wird. Das bedeutet für Sie in der Regel nur geringe Wartezeiten. Das bedeutet aber auch, daß Sie, wenn Sie den vereinbarten Termin nicht einhalten können, spätestens 24 Stunden vorher absagen müssen, da Ihnen sonst die vorgesehene Arbeit bzw. die ungenutzte Zeit in Rechnung gestellt wird (§§ 304, 615 BGB). Erhalten Sie wegen eines Notfalles einen Nottermin, so müssen Sie mit Wartezeiten rechnen. Wenn dieser Termin außerhalb unserer Sprechstunde liegt, ist auch nur eine Notversorgung möglich.

Für gesetzlich krankenversicherte Patienten wichtig:

Wird die Krankenversicherungskarte nicht spätestens 10 Tage nach Behandlungsbeginn nachgereicht, erfolgt private Rechnungslegung.

**Für Ihr Krankenblatt erbitten wir folgende Angaben, die selbstverständlich unter die ärztliche Schweigepflicht fallen.
Teilen Sie unserer Praxis bitte auch künftig Änderungen Ihres Gesundheitszustandes und Ihrer Adresse mit!**

Hatten/haben Sie eine der folgenden Krankheiten?

- Asthma (schwere Atemnot) Ja Nein
 Allergische Reaktionen, wie Heuschnupfen Ja Nein
 Unverträglichkeiten von Medikamenten Ja Nein
 ggf. welche? _____
 Herzinfarkt Schlaganfall Lähmungen Nein
 ggf. wann? _____
 Gelbsucht Leberkrankheiten HIV-Inf. Nein
 Zuckerkrankheit Ja Nein
 Rheuma Ja Nein
 Bluterkrankungen Blutgerinnungsstörungen Nein
 Nichtraucher Raucher Anzahl Zigaretten pro Tag _____

Blutdruck ggf. Werte _____ niedrig normal hoch

Tragen Sie einen Herzschrittmacher ? Ja Nein

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein ? Ja Nein

Ggf. welche _____

Besteht eine Schwangerschaft ? Ja Nein

ggf. wievielte Woche _____

Sonstige Angaben/andere Krankheiten:

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben

X

Datum _____ Unterschrift des Patienten/Erziehungsberechtigten _____

Einverständniserklärung/Einwilligung zur Abtretung

Der behandelnde Zahnarzt sammelt im Rahmen der Behandlung Daten, Befunde und sonstige für die Behandlung wichtige Informationen von mir, ggf. auch elektronisch in einer Patientenkartei. Ich erkläre mich damit einverstanden, daß der Zahnarzt zum Zweck der Erstellung der Rechnung sowie der Einziehung und der ggf. gerichtlichen Durchsetzung der Forderung alle hierzu notwendigen Unterlagen, insbesondere meinen Namen, Anschrift, Geburtsdatum, Leistungsziffern, Rechnungsbetrag, Behandlungsdokumentation, Laborrechnungen, Formulare etc. an die ZA-Zahnärztliche Abrechnungsgesellschaft AG, Wertstr. 21, 40549 Düsseldorf, (im folgenden ZA AG genannt) weitergibt. Insoweit entbinde ich den Zahnarzt ausdrücklich von seiner ärztlichen Schweigepflicht und stimme ausdrücklich zu, daß der Zahnarzt die sich aus der Behandlung ergebende Forderung an die ZA AG und diese ggf. an das refinanzierende Institut-Deutsche Apotheker- und Ärztebank e.G., Düsseldorf- abtritt. Ich bin mir bewußt, daß nach der Abtretung der Honorarforderung mir gegenüber die ZA AG als Forderungsinhaberin auftritt und deshalb Einwände gegen die Forderung - auch soweit sie sich aus der Behandlung und der Krankengeschichte ergeben - im Streitfall gegenüber der ZA AG zu erheben und geltend zu machen sind und der mich behandelnde Zahnarzt als Zeuge vernommen werden kann.

Einwilligung nach Datenschutzgesetz

Ich bin gleichfalls damit einverstanden, daß meine persönlichen Daten und meine Behandlungsdaten von dem Zahnarzt und der ZA AG - ggf. elektronisch - erhoben, gespeichert, verarbeitet genutzt und übermittelt werden zum Zweck der Erstellung der Honorarrechnung sowie der Einziehung und ggf. gerichtlichen Durchsetzung der Forderung. Ferner ermächtige ich die ZA AG, ggf. Bonitätsauskünfte bei einer Kreditschutzorganisation** und Auskünfte zu meiner Person im Zusammenhang mit der sich aus meiner Behandlung ergebenden Forderung einzuholen. Ferner bestätige ich den Empfang des DIN A5 Blattes mit dem Informationstext der ZA.

X

Ort _____ Datum _____ Unterschrift (ggf. gesetzlicher Vertreter*) _____

- *Bei Personen unter 18 Jahren/ Geschäftsunfähigen/ beschränkt Geschäftsfähigen
- **Nähere Auskünfte bei der Schufa Holding AG, Schadowstraße 86-88, 40212 Düsseldorf