

Anmeldung

Patient

Name/Vorname

Telefon privat

Straße

Telefon geschäftlich *

PLZ/Ort

Mobiltelefon*

Geburtsdatum

Fax *

Email*

Geburtsort *

Arbeitgeber*

Name des/der Versicherten/
Erziehungsberechtigten und Geburtsdatum

gesetzlich versichert

privat versichert

beihilfeberechtigt

freiwillig versichert

Zusatzversicherung

Geburtsdatum des/der Erziehungsberechtigten/
Versicherten

Anschrift falls abweichend

Was ist Ihr Hauptanliegen?*

Unsere Praxis wurde empfohlen von?*

Telefonbuch/ Gelbe Seiten

Anzeige/ Zeitung

Jameda

Vortrag von Herrn Dr. Wirsching

Internet/ Homepage

➔ Bitte lassen Sie uns diesen ausgefüllten Vordruck mindestens 1 Woche vor Ihrem Termin zukommen. Erst dann gilt der Termin als bestätigt. Vielen Dank.

DATUM Termin: _____

Mit * gekennzeichnete Felder sind freiwillige Angaben

Anamnese

Sind Sie zurzeit in ärztlicher Behandlung? ja nein

Wenn ja, wegen? _____

Behandelnder Arzt _____

Hausarzt _____

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? ja nein

Wenn ja, welche? _____

Reagieren Sie allergisch auf Medikamente oder sind Ihnen Allergien bekannt? ja nein

Wenn ja, welche? _____

Haben oder hatten Sie folgende Erkrankungen / Probleme?

Zu hoher Blutdruck? ja nein

Zu niedriger Blutdruck? ja nein

Herzklappenveränderung? ja nein

Herzschrittmacher? ja nein

Sonstige Herz- / Kreislaufkrankungen? ja nein

Wenn ja, welche? _____ ja nein

Diabetes (Zuckererkrankung)? ja nein

Wenn ja, dann bitte HbA1C-Wert _____

Schilddrüsenerkrankung? ja nein

Asthma? ja nein

Epilepsie? ja nein

Leberentzündung / Gelbsucht (Hepatitis A / B / C) ja nein

Tuberkulose? ja nein

Wurde bei Ihnen ein Aidsstest durchgeführt? ja nein

Wenn ja, welches Ergebnis? _____

Sind Sie drogenabhängig? ja nein

Sind Sie alkoholabhängig oder trockener Alkoholiker? ja nein

Leiden Sie unter Mundtrockenheit? ja nein

Haben Sie ein künstliches Hüftgelenk/Schultergelenk/Kniegelenk oder ähnliches? ja nein

Osteoporose?

Sind Sie Raucher? ja nein

Wenn ja, wie viele Zigaretten am Tag: weniger als 10 Stück mehr als 10 Stück

Haben Sie einen Medikamentenplan? Bitte beilegen. ja nein

Sind Ihnen sonstige Erkrankungen bekannt? ja nein

Wenn ja, welche? _____

Patientinnen: Sind Sie schwanger? ja nein

Zahnärztliche Anamnese (nur für Erwachsene)

- Haben Sie Karies? ja nein
- Haben Sie Zahnfleischbluten? ja nein
- Leiden Sie unter zurückgehendem Zahnfleisch? ja nein
- Haben Sie freiliegende Zahnhälse? ja nein
- Sind Zähne auf Druck oder Temperatur empfindlich? ja nein
- Haben Sie Probleme beim Kauen oder Schlucken? ja nein
- Haben Sie Probleme beim Sprechen? ja nein
- Haben Sie das Gefühl, dass Ihre Zähne beim Zubeißen nicht richtig aufeinander passen? ja nein
- Haben Sie Probleme bei weiter Mundöffnung? ja nein
- Knirschen oder Pressen Sie mit Ihren Zähnen? ja nein
- Machen Ihre Kiefergelenke Geräusche? ja nein
- Haben Sie Schmerzen im Bereich der Kiefergelenke? ja nein
- Leiden Sie unter Kopfschmerzen? ja nein
- Nehmen Sie Schmerzmittel? ja nein
- Leiden Sie unter Verspannungen im Kopf-Hals-Nackengebiet? ja nein
- Leiden Sie unter generellen Problemen der Körperhaltung? ja nein
- Hatten Sie jemals einen gravierenden Unfall? ja nein
- Hatten Sie eine oder mehrere Behandlungen in Vollnarkose? ja nein
- Wurden Ihre Zahnreihen durch zahnärztliche Maßnahmen verändert?
(Kieferorthopädie, Prothetik, durch Einschleifen, etc.) ja nein
- Wurden bei Ihnen die Weisheitszähne entfernt? ja nein

Um eine risikolose Behandlung gewährleisten zu können, denken Sie bitte daran, uns künftige Änderungen Ihres Gesundheitszustandes stets mitzuteilen.

Datum / Unterschrift

Name _____

Vorname _____

Geb. _____

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

bitte lesen Sie sich dieses Schreiben aufmerksam durch.

Für eine optimale Auslastung und um die Wartezeit für Sie so gering wie nur möglich zu halten, arbeiten wir ausschließlich mit Terminvergabe. Wir sind somit auf Ihre Zuverlässigkeit angewiesen, da die Termine exklusiv für Sie reserviert sind. Kurzfristige Terminabsagen können nicht oder nur selten durch andere Patienten abgedeckt werden.

Termine müssen in unserer Praxis 48 Stunden im Voraus abgesagt werden.

Bei zu kurzfristigen Absagen ohne triftigen Grund behalten wir uns vor, den Ausfall gemäß § 615 BGB in Rechnung zu stellen. Die Höhe des in Rechnung zu stellenden Betrages richtet sich nach der eingeplanten Termindauer des ausgefallenen Termins (zahnärztliche Behandlung 300 Euro/Stunde, Prophylaxe 75 Euro/Stunde).

Mit diesem Schreiben und Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass Sie darüber informiert worden sind. Außerdem erklären Sie sich bereit, die Kosten für einen eventuellen Terminausfall zu tragen.

Wir bedanken uns für Ihr Verständnis.

Ihre Zahnarztpraxis Dres. Wirsching

Ort, Datum

Unterschrift Patient

Liebe Patienten,
seit dem 21.04.2016 haben wir uns der zahnärztlichen
Abrechnungsgesellschaft angeschlossen.

VORTEILE für SIE:

- Unterstützung bei Erstattungsfragen mit privaten Versicherungen
- Ratenzahlung für jede Rechnung möglich!
Bitte beachten Sie die Flyer im Wartezimmer.

VORTEILE für UNS:

- Entlastung unseres Verwaltungsteams
- Hilfestellung bei Erstellung der Kostenpläne & Kommunikation mit privaten Versicherungen

Ihre Adressdaten werden an die zahnärztliche
Abrechnungsgesellschaft weitergegeben, aber nicht an Dritte
verkauft!

Hierzu benötigen wir eine schriftliche Einverständniserklärung – wir
bitte um Ihr Verständnis.

Bei Fragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung!

Nachname

Vorname

Geburtsdatum

Anschrift

Pflichtfeld – per Hand ausfüllen oder per EDV bedrucken

Einverständniserklärung

Ggf. gesetzliche(r) Vertreter(in) oder abweichender Rechnungsempfänger:

Bei Personen unter 18 Jahren/Geschäftsunfähigen/beschränkt Geschäftsfähigen

Titel, Vorname, Nachname

Geburtsdatum

Straße, Hausnr.

PLZ, Ort

Einwilligung zur Forderungsabtretung

Ich erkläre mich einverstanden,

- dass mein Zahnarzt die sich aus meiner Behandlung ergebenden Forderungen an die ZA Zahnärztliche Abrechnungsgesellschaft Düsseldorf, AG, Werftstr. 21, 40549 Düsseldorf (kurz ZA AG) abtritt
- und dass die ZA AG diese Forderungen an die Deutsche Apotheker- und Ärztebank eG (kurz apoBank) weiter abtritt.

Entbindung von der Schweigepflicht

- Ich entbinde meinen Zahnarzt von seiner ärztlichen Schweigepflicht und erkläre mich mit der Weitergabe der erforderlichen Daten (Name, Geburtsdatum, Anschrift, Behandlungsdaten und -verläufe, Gebührensätze, bei gewünschten Stellungnahmen für Ihren Kostenträger auch Diagnosen) an die ZA AG einverstanden.
- Ich bin damit einverstanden, dass nach der Abtretung der Forderung allein die ZA AG forderungsberechtigt ist und deshalb Einwände gegen die Forderung – auch soweit sie sich aus der Behandlung und der Krankengeschichte ergeben – gegenüber der ZA AG zu erheben sind und im Streitfall der mich behandelnde Zahnarzt als Zeuge vernommen werden kann.
- Ich willige ein, dass die ZA AG Bonitätsauskünfte bei einer Kreditschutzorganisation einholt und dazu meinen Namen, mein Geburtsdatum und meine Anschrift an die Organisation übermittelt sowie ein internes Bonitätstool nutzt.

Bestätigung

- Ich bestätige, dass ich die oben stehende Patienteninformation der ZA AG zur Kenntnis genommen habe.
- Mir ist bekannt, dass ich meine Einverständniserklärung für zukünftige Behandlungen widerrufen kann. Für die laufende Behandlung ist dies solange möglich, wie mein Zahnarzt meine Behandlungsdaten noch nicht an die ZA AG weitergeleitet hat.
- Eine Durchschrift dieser Erklärung habe ich erhalten.

Ort, Datum

Unterschrift

Praxisstempel

Nachname

Vorname

Geburtsdatum

Anschrift

Pflichtfeld – per Hand ausfüllen oder per EDV bedrucken

Einverständniserklärung (Duplikat für den Patienten)

Ggf. gesetzliche(r) Vertreter(in) oder abweichender Rechnungsempfänger:

Bei Personen unter 18 Jahren/Geschäftsunfähigen/beschränkt Geschäftsfähigen

Titel, Vorname, Nachname

Geburtsdatum

Straße, Hausnr.

PLZ, Ort

Einwilligung zur Forderungsabtretung

Ich erkläre mich einverstanden,

- dass mein Zahnarzt die sich aus meiner Behandlung ergebenden Forderungen an die ZA Zahnärztliche Abrechnungsgesellschaft Düsseldorf, AG, Werftstr. 21, 40549 Düsseldorf (kurz ZA AG) abtritt
- und dass die ZA AG diese Forderungen an die Deutsche Apotheker- und Ärztebank eG (kurz apoBank) weiter abtritt.

Entbindung von der Schweigepflicht

- Ich entbinde meinen Zahnarzt von seiner ärztlichen Schweigepflicht und erkläre mich mit der Weitergabe der erforderlichen Daten (Name, Geburtsdatum, Anschrift, Behandlungsdaten und -verläufe, Gebührensätze, bei gewünschten Stellungnahmen für Ihren Kostenträger auch Diagnosen) an die ZA AG einverstanden.
- Ich bin damit einverstanden, dass nach der Abtretung der Forderung allein die ZA AG forderungsberechtigt ist und deshalb Einwände gegen die Forderung – auch soweit sie sich aus der Behandlung und der Krankengeschichte ergeben – gegenüber der ZA AG zu erheben sind und im Streitfall der mich behandelnde Zahnarzt als Zeuge vernommen werden kann.
- Ich willige ein, dass die ZA AG Bonitätsauskünfte bei einer Kreditschutzorganisation einholt und dazu meinen Namen, mein Geburtsdatum und meine Anschrift an die Organisation übermittelt sowie ein internes Bonitätstool nutzt.

Bestätigung

- Ich bestätige, dass ich die oben stehende Patienteninformation der ZA AG zur Kenntnis genommen habe.
- Mir ist bekannt, dass ich meine Einverständniserklärung für zukünftige Behandlungen widerrufen kann. Für die laufende Behandlung ist dies solange möglich, wie mein Zahnarzt meine Behandlungsdaten noch nicht an die ZA AG weitergeleitet hat.
- Eine Durchschrift dieser Erklärung habe ich erhalten.

Ort, Datum

Unterschrift

Praxisstempel

Patienteninformation

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Ihr/e Zahnarzt/Zahnärztin (im Folgenden: Zahnarzt) arbeitet mit uns, der ZA Zahnärztlichen Abrechnungsgesellschaft Düsseldorf, AG (kurz ZA AG) zusammen. Informationen zu uns erhalten Sie im Internet unter www.die-za.de oder direkt von uns:

ZA Zahnärztliche Abrechnungsgesellschaft Düsseldorf, AG
Werftstr. 21
40549 Düsseldorf
Telefon: 0211 56 93 - 0
E-Mail: info@zaag.de

Unser Datenschutzbeauftragter:

ZA Zahnärztliche Abrechnungsgesellschaft Düsseldorf, AG
Prof. Dr. Ulf Vormbrock
Werftstr. 21
40549 Düsseldorf
E-Mail: datenschutz@zaag.de

Damit wir für Ihren Zahnarzt tätig werden können, benötigen wir Ihr freiwilliges Einverständnis gemäß Art. 9 Abs. 2 Nr. 1 DSGVO. Wenn Sie keine Abrechnung über uns wünschen, teilen Sie Ihrem Zahnarzt dies bitte sogleich mit. In diesem Fall wird er sein Honorar selbst abrechnen.

Sie können Ihre Einverständniserklärung für zukünftige Behandlungen widerrufen. In diesem Fall rechnet Ihr Zahnarzt seine Leistungen ebenso direkt mit Ihnen ab. Bei der aktuellen Behandlung ist ein Widerruf Ihrer Einverständniserklärung solange möglich, wie Ihr Arzt uns Ihre Behandlungsdaten noch nicht übermittelt hat.

Ihr Zahnarzt erhebt personenbezogene Daten und speichert diese in seinem EDV-System. Hierbei handelt es sich um Daten, die für eine Kommunikation mit Ihnen notwendig sind (Name, Adresse, Telefon, E-Mail etc.). Des Weiteren speichert Ihr Zahnarzt Daten, die sich auf Ihre Person (Geschlecht, Alter etc.), auf die Behandlung und die durchgeführten ärztlichen Maßnahmen (Behandlungsdaten gemäß Art. 9 Abs. 1 DSGVO) beziehen. Dies ist wichtig, da Ihr Zahnarzt nur so seine Tätigkeiten nach der gesetzlichen Gebührenordnung korrekt abrechnen kann. Als Abrechnungsstelle erhalten wir von Ihrem Zahnarzt Ihren Namen, Ihre Adresse und eine Darstellung der durchgeführten Behandlungsmaßnahmen und Labordaten. Diagnosen werden nur übermittelt, wenn dies im Rahmen von Erstattungs-Bearstandungen seitens Kostenträger erforderlich ist, z. B. um die medizinische Notwendigkeit einer Behandlung zu erläutern.

Wir finanzieren unsere Leistungen durch eine Abtretung sämtlicher Forderungen an die Deutsche Apotheker- und Ärztebank eG (apoBank). Personenbezogene Daten werden hierbei jedoch nicht an die apoBank weitergeleitet.

Wir zahlen nach der Behandlung unmittelbar an Ihren Zahnarzt und möchten uns daher absichern. Aus diesem Grund holen wir vor der Behandlung Bonitätsauskünfte über Sie bei Kreditschutzorganisationen ein, wenn Sie uns hierfür Ihr Einverständnis gemäß Art. 9 Abs. 2 Nr. 1 DSGVO erteilen. In diesem Fall übermitteln wir Ihren Namen, Ihr Geburtsdatum und Ihre Anschrift an die Kreditschutzorganisation. Wenn Sie dies jedoch nicht möchten, sprechen Sie bitte Ihren Zahnarzt direkt an. Er wird dann seine Leistungen selbst abrechnen.

Ihre Daten werden für eine Zeit von bis zu 10 Jahren gespeichert, da diese Daten als Bestandteil unserer Buchhaltung aufbewahrungspflichtig sind. Sie können verlangen, dass wir Ihnen bezüglich Ihrer Daten umfassend Auskunft erteilen. Ferner sind Sie berechtigt, von uns zu verlangen, dass Ihre Daten berichtigt, gesperrt, gelöscht und/oder übertragen werden. Es gelten die Art. 15 f. DSGVO. Darüber hinaus arbeiten wir intern mit einem softwarebasierten Bonitätstool (ZA:riskmanager). Dieses ermittelt aufgrund von personenbezogenen Daten automatisiert eine Einschätzung, ob und inwieweit eine Forderung Ihnen gegenüber erfolgreich durchgesetzt werden kann. Auch hierfür bitten wir Sie um Ihr Einverständnis gemäß Art. 6 Abs. 1 lit. a DSGVO.

Sie haben das Recht, sich bei der zuständigen Datenschutzbeauftragten des Landes Nordrhein-Westfalen in Düsseldorf zu beschweren:

Landesbeauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit Nordrhein-Westfalen
Kavalleriestr. 2-4
40213 Düsseldorf
Telefon: 0211 38 424 - 0
Fax: 0211 38 424 - 10
E-Mail: poststelle@ldi.nrw.de

Besondere Hinweise bei der Behandlung von Kindern und Jugendlichen

Bei der Behandlung von Kindern und Jugendlichen erhebt Ihr Zahnarzt sowohl die von ihm benötigten personenbezogenen Daten (Name, Geburtsdatum) des Kindes/Jugendlichen als auch die personenbezogenen Daten der gesetzlichen Vertreter. Soweit diese Daten zur Abrechnung der ärztlichen Leistungen erforderlich sind, leitet Ihr Zahnarzt diese an uns weiter. Wir speichern die übermittelten Daten zu Zwecken der Abrechnung; wir verwenden sie auch zur Ermittlung des Ausfallrisikos und leiten die Daten der gesetzlichen Vertreter vor der Behandlung an die Kreditschutzorganisationen weiter. Wenn Sie das nicht möchten, teilen Sie dies Ihrem Zahnarzt bitte sogleich mit. Er rechnet dann direkt mit Ihnen ab.

Mit besten Grüßen

Ihre **ZA Zahnärztliche Abrechnungsgesellschaft Düsseldorf, AG**