



Gesundheitsfragebogen

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

für eine risikofreie Behandlung ist die gewissenhafte Beantwortung einiger Fragen zu Ihrem allgemeinen Gesundheitszustand von besonderer Bedeutung.

Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und werden nicht an Dritte weitergegeben.

Patient:

Name: _____ Vorname: _____ Geb.: _____

Geb.-Name: _____ Geb.-Ort: _____

Anschrift.: _____

PLZ, Ort: _____

Beruf: _____ Arbeitgeber: _____

Telefon privat: _____ Telefon geschäftlich: _____

Mobil: _____ E-Mail: _____

Krankenkasse: _____

gesetzlich versichert zusatzversichert privat versichert PKV-Standardtarif Beihilfe

Sind Patient und Zahlungspflichtiger nicht identisch, bitte folgende Angaben ergänzen:

Name: _____ Vorname: _____ Geb.: _____

Anschrift.: _____

PLZ, Ort: _____

Einverständniserklärung bei der Behandlung Minderjähriger:

Hat der Patient das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet, ist für eine Behandlung die Einverständniserklärung des Erziehungsberechtigten notwendig

Datum

Erziehungsberechtigter

bitte wenden

Zutreffendes bitte ankreuzen:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Niedriger Blutdruck | <input type="checkbox"/> Herzinfarkt, Angina Pectoris |
| <input type="checkbox"/> Erhöhter Blutdruck | <input type="checkbox"/> Endokarditis- Prophylaxe |
| <input type="checkbox"/> Herz-/ Kreislaufkrankung | <input type="checkbox"/> Herzschrittmacher/ Bypass / Stent |
| <input type="checkbox"/> Blutgerinnungsstörung | <input type="checkbox"/> Rheuma |
| <input type="checkbox"/> Lebererkrankung (Hepatitis A,B,C) | <input type="checkbox"/> Lungenerkrankung (z.B. Asthma, COPD) |
| <input type="checkbox"/> Nierenfunktionsstörung | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Magen- Darm-Erkrankung |
| <input type="checkbox"/> Tumorerkrankung | <input type="checkbox"/> Augenerkrankung (Glaukom, Grüner Star) |
| <input type="checkbox"/> Anfallsleiden (Epilepsie) | <input type="checkbox"/> Osteoporose |
| <input type="checkbox"/> Neigen Sie zur Ohnmacht | <input type="checkbox"/> Schwangerschaft (ja / vielleicht) |
| <input type="checkbox"/> Immunschwäche (AIDS / HIV) | <input type="checkbox"/> Raucher/in |
| | <input type="checkbox"/> Knieprothese / Hüftprothese |
| <input type="checkbox"/> Frühere Operationen (Mund / Kiefer) | |

welche: _____

- Allergien (Besitzen Sie einen Allergiepass?)
 Liegt eine Unverträglichkeit gegenüber gewissen Medikamenten vor?

welche: _____

Bitte nennen Sie uns alle Medikamente, die Sie regelmäßig einnehmen!

(z.B. Marcumar, ASS zur Blutverdünnung, oder Bisphosphonate bei Osteoporose)

Ist eine Medikamentenliste Ihres Hausarztes vorhanden? ja nein

Wer ist Ihr Hausarzt? _____

Betäubungsmittel können die Fahrtüchtigkeit beeinträchtigen. Bitte berücksichtigen Sie dies bei Ihren Behandlungsterminen.

Hinweise zu unserer Organisation

Unser Ziel ist es, Ihnen eine Behandlung mit einer individuellen Beratung ohne lange Wartezeiten anzubieten. Sollten Sie jedoch einmal länger warten müssen, bitten wir Sie um Ihr Verständnis. Leider ist es trotz genauester Planung nicht immer möglich, auftretende Notfälle vorherzusehen oder eine länger dauernde Behandlung einzukalkulieren.

Wir bitten Sie höflichst, vereinbarte Termine bei uns einzuhalten oder diese mindestens 24 Stunden vorher abzusagen. Bei nicht rechtzeitiger Absage behalten wir uns vor, Ihnen ein Ausfallhonorar in Rechnung zu stellen. Vielen Dank für Ihr Verständnis.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner Angaben

Ort, Datum

Unterschrift (Zahlungspflichtiger)



Einverständniserklärung zur Terminerinnerung und/ oder Vorsorgeerinnerung (Recall)

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

wir bieten Ihnen in unserer Praxis einen individuellen „Recall- Service“ an.

Mit Ihrer Zustimmung erinnern wir Sie per SMS, telefonisch, per Postkarte oder E-Mail an Ihre Vorsorge- oder Behandlungstermine.

Dieser Service wird ausschließlich zum Zwecke der Terminerinnerung und / oder der Vorsorgeerinnerung, sowie der telefonischen Terminabsprache auf dem Computersystem in unserer Praxis gespeichert. Ihre hierzu benötigten Daten werden weder an andere Stellen übermittelt noch zu Werbezwecken benutzt.

Sollten wir Ihnen Benachrichtigungen per SMS schicken, weisen wir Sie darauf hin, dass diese unverschlüsselt auf Ihr Telefon versendet werden und damit unter Umständen von unberechtigten Dritten mitgelesen werden können.

Um sicherzustellen, dass wir unsere Nachricht auch immer an den richtigen Empfänger senden, bitten wir Sie, uns umgehend zu benachrichtigen, wenn sich Ihre Rufnummer, Ihre Adresse oder Ihre E-Mail geändert hat.

Wie soll der Recall erfolgen?

per SMS

per E-Mail

Name, Vorname (Patient)

Name, Vorname (Erziehungsberechtigter, gesetzlicher Vertreter)

Adresse

Handynummer / Telefonnummer

E-Mail

Ich möchte den Recall- Service der zahnärztlichen Gemeinschaftspraxis Dr. Ralf Rohleder und Kollegen in Anspruch nehmen.

Die Teilnahme an diesem Service ist kostenfrei und kann jederzeit widerrufen werden.

Ort, Datum

Unterschrift Patient (Erziehungsberechtigter / Vertreter)

Einwilligung in die Verarbeitung personenbezogener Daten durch die Gemeinschaftspraxis Dr. Ralf Rohleder & Kollegen

Sehr geehrte/r Patient/in,

in unserer Praxis möchten wir aus organisatorischen Gründen auch Verarbeitungen von Daten vornehmen, für die jeweils eine Einwilligung des Patienten erforderlich ist.

Diese Verarbeitungen sind im Einzelnen unten aufgeführt und in einer Zahnarztpraxis durchaus üblich. **Wir möchten Sie bitten, durch Ihre Unterschrift zu bestätigen, dass bzw. mit welchen Verarbeitungen Sie einverstanden sind.** Ihre Behandlung ist hiervon selbstverständlich nicht abhängig. Sie haben die Möglichkeit, jede Einwilligung jederzeit durch formlose Mitteilung an uns zu widerrufen.

Die Art der verarbeiteten Daten, der Umfang der Verarbeitung und mögliche Empfänger sind in allen Fällen auf das für den jeweiligen Zweck Erforderliche beschränkt. Die Daten werden nach Zweckerfüllung gelöscht, soweit keine gesetzliche Aufbewahrungspflicht besteht. Es sind technische und organisatorische Maßnahmen getroffen, um die Daten gegen Manipulationen, Verlust, oder den Zugriff unberechtigter Personen zu schützen.

Verantwortlicher für die Datenverarbeitung ist Herr Dr. Ralf Rohleder.

Kontaktdaten: Unnaer Str. 20, 58706 Menden, Tel.: 02373 5033, E-Mail: info@zahnarzt-rohleder.de

1. Recall	Ein regelmäßiger Zahnarztbesuch ist sinnvoll. Mit unserem "Recall" erinnern wir Sie hieran gerne per [SMS, Mail oder Postkarte] 6 Monate nach Ihrer letzten Untersuchung.
2. Abrechnung über externe Dienstleister	Sofern einmal private Zahlungen anfallen, beauftragen wir daher regelmäßig das Unternehmen MCC Medical Care Capital GmbH, Postfach 101 403 in 47714 Krefeld, uns diese Arbeit abzunehmen. Es handelt sich dabei um ein zuverlässiges, anerkanntes zahnärztliches Abrechnungsunternehmen. An dieses werden nur die für die Abrechnung erforderlichen Daten, insbesondere Ihre Kontaktdaten sowie die nach der Gebührenordnung für Zahnärzte/Ärzte erbrachten Leistungen übermittelt, aber keine darüber hinausgehenden Gesundheitsdaten oder sonstige Informationen.
3. Fremdlabor	Unsere Praxis arbeitet gegebenenfalls mit Fremdlabor (Dental Labor Prünste, Wasserstr. 25 in 59423 Unna) zusammen. Dort wird Ihr Name, Vorname und Geburtsdatum für die Abrechnung weitergegeben.
4. Erinnerungspostkarten Prof. Zahnreinigung	Mit der Erinnerungspostkarte (-mail) erinnert unsere Praxis Sie gerne an den Termin zur Prof. Zahnreinigung.
5. Zusendung	Unsere Praxis sendet Kosteninformationen, sowie die Privatliquidation per Post oder Mail an die von Ihnen angegebene Anschrift.
6. Datenweitergabe an Dritte (z.B. Röntgenaufnahmen)	Ihre persönlichen Daten werden auf Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung, Rezept, Heilmittelverordnung, Bescheinigung an Arbeitgeber sowie Schulen, Überweisung an Ärzte notiert. Wir verarbeiten Ihre personenbezogenen Daten, insbesondere Ihre Gesundheitsdaten, dazu zählen Anamnesen, Diagnosen, Therapievorschläge und Befunde, sowie Röntgenaufnahmen und Röntgenbefunde, die wir oder andere Ärzte erheben. Zu diesen Zwecken können uns auch andere Ärzte oder Physiotherapeuten, bei denen Sie in Behandlung sind, Daten zur Verfügung stellen (z.B. in Arztbriefen). Die Erhebung von Gesundheitsdaten ist Voraussetzung für Ihre Behandlung. Werden die notwendigen Informationen nicht bereitgestellt, kann eine sorgfältige Behandlung nicht erfolgen. Auch können Ihre personenbezogenen Daten zu Zwecken der Qualitätssicherung herangezogen werden.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich ausreichend über die jeweils beabsichtigten Verarbeitungen informiert bin und freiwillig mein Einverständnis in die Verarbeitungen erkläre, **sofern ich diese oben nicht insgesamt oder einzeln durchgestrichen habe.**

In demselben Umfang, beschränkt auf den jeweils dargestellten Verarbeitungszweck, entbinde ich Dr. Ralf Rohleder und das für die jeweilige Verarbeitung eingesetzte Personal von der zahnärztlichen Schweigepflicht.

Patientenname: _____ Geburtsdatum: _____

Datum, Unterschrift (Patient/ bei Minderjährigen der Erziehungsberechtigte)

Praxisstempel

**Dr. Ralf Rohleder
Flora Ruff D.M.D.**
Zahnärzte
Unnaer Str. 20
58706 Menden
Tel. 02373 / 50 33

* freiwillige Angabe

Name, Vorname des Patienten		Geburtsdatum
Straße, Hausnummer		PLZ, Wohnort
Telefonnummer tagsüber *	Telefonnummer abends *	E-Mail *
Name, Vorname des gesetzlichen Vertreters		Geburtsdatum
Straße, Hausnummer		PLZ, Wohnort

Nach vollständiger Aufklärung über die zu erteilende Einwilligungserklärung erkläre ich mich freiwillig und ausdrücklich einverstanden mit der
 Weitergabe der zum Zwecke der Abrechnung und Geltendmachung jeweils erforderlichen Informationen, insbesondere von Daten aus der Patientenakte (Name, Geburtsdatum, Anschrift, Befunde, Behandlungsdaten und -verläufe) an MCC Medical CareCapital GmbH (nachfolgend MCC).
 Abtretung der sich aus der Behandlung ergebenden Forderungen an MCC.

im Rahmen der Refinanzierung erfolgenden Weiterabtretung der Forderungen der MCC an die Hamburg Commercial Bank AG, Gerhart-Hauptmann-Platz 50, 20095 Hamburg, an die Deutsche Postbank AG, Friedrich-Ebert-Allee 114-126, 53113 Bonn, an die Oldenburgische Landesbank AG, Wachtstraße 16, 28195 Bremen, bzw. an die Sparkasse Krefeld, Ostwall 155, 47798 Krefeld, wobei in jedem Fall die Vertraulichkeit der Patientendaten gewährleistet ist. Es werden keine behandlungsrelevanten Daten weiter gegeben, sondern lediglich Rechnungsempfänger, Rechnungsnummer und Rechnungsbetrag.

Mir ist bekannt, dass die MCC berechtigt ist, eine Informationsauskunft zum bisherigen Zahlungsverhalten von der infocore Consumer Data GmbH, Rheinstraße 99, 76532 Baden-Baden und/oder von der CRIF Bürgel GmbH, Leopoldstraße 244, 80807 München und/oder von der SCHUFA Holding AG, Kormoranweg 5, 65201 Wiesbaden sowie Bonitätsinformationen auf Basis mathematisch-statistischer Verfahren unter Verwendung von Anschriftendaten von der informa Solutions GmbH, Rheinstraße 99, 76532 Baden-Baden und/oder von der CRIF Bürgel GmbH, Leopoldstraße 244, 80807 München einzuholen. Ferner wurde ich darüber informiert, dass die MCC die zum Druck aufbereiteten Rechnungen an die BIT Brand Informations- und Telekommunikationslösungen GmbH / BIT Lettershop GmbH, Pascalstr. 13, 47506 Neukirchen-Vluyn im Rahmen einer Auftragsdatenverarbeitung zum Zweck des Drucks und der Kuvertierung weiter leitet. Darüber hinaus wurde ich darüber informiert, dass die Saldaris GmbH, Am Lichtbogen 55, 45141 Essen als registrierter Inkassodienstleister zum Zwecke des Forderungsmanagements für den Fall, der Nichtzahlung trotz Mahnung eingeschaltet wird.

Diese Zustimmung gilt auch für zukünftige Behandlungen, sie kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft gegenüber dem entsprechenden Arzt/Behandler widerrufen werden. Ich wurde darüber aufgeklärt, dass MCC gegebenenfalls die Leistungen meines behandelnden Arztes mir gegenüber im eigenen Namen in Rechnung stellen und für eigene Rechnung einziehen oder die durch meinen behandelnden Arzt in Rechnung gestellten Beträge für eigene Rechnung einziehen wird. Sollte es über die Berechtigung der Forderung unterschiedliche Auffassungen geben, kann der behandelnde Arzt in einer etwaigen Auseinandersetzung als Zeuge gehört werden. Eine Mehrfertigung dieser Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärung kann ich auf Wunsch anfordern.

Ich entbinde meinen behandelnden Arzt von seiner ärztlichen Schweigepflicht nach § 203 StGB, soweit dies für die Abrechnung, die Geltendmachung der Forderung, die Einholung der Bonitätsauskunft und die Bearbeitung der Rechnungen erforderlich ist.

Streichungen und/oder Änderungen machen diese Erklärung unwirksam.

CareCapital GmbH 527220006 / 55001020073

Ort / Datum

X

Unterschrift Patient/in bzw. gesetzliche Vertretung /
ggf. Rechnungsempfänger