

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

um Sie bzw. Ihr Kind kennen zu lernen und Medikamente und Behandlungsverfahren richtig auswählen zu können, bitten wir Sie um die Angabe persönlicher Daten sowie um die Beantwortung einiger Fragen zu Ihrer Gesundheit.

Bei Unklarheiten fragen Sie bitte nach. Diese Angaben müssen wir jährlich aktualisieren.

Bitte lesen Sie auch die Rückseite aufmerksam. Dort sind noch drei Unterschriften erforderlich.

**Patientendaten** Füllen Sie bitte alle Felder aus

Rein biologisch gibt es nur zwei Geschlechter.  
Die annähernde oder möglichst präzise Angabe  
ist wichtig für die Dosierung von Medikamenten  
und die Interpretation von Laborwerten.

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geb.-Datum: \_\_\_\_\_ Geb.-Ort \_\_\_\_\_

Straße, Hausnr.: \_\_\_\_\_

PLZ, Wohnort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Hausarzt : \_\_\_\_\_

Überwiesen von: \_\_\_\_\_

männlich  weiblich

Größe: \_\_\_\_\_ cm Gewicht: \_\_\_\_\_ kg BMI: \_\_\_\_\_

Krankenversicherung: \_\_\_\_\_

gesetzlich  Zusatzversicherung  privat  Beihilfe

Arbeitgeber: \_\_\_\_\_

Familienversichert? Angaben zum Versicherten:

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_ Geb.-Datum: \_\_\_\_\_

Grund der Beratung / Behandlung: \_\_\_\_\_

**Anamnese** Beantworten Sie bitte alle Fragen

	NEIN	JA	→ falls Sie mit JA antworten, hier ergänzende Angaben eintragen ↓
• Medikamente? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Welche? <input type="checkbox"/> siehe Medikationsplan - - -
• Blutverdünnende Medikamente? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Eliquis <input type="checkbox"/> Lixiana <input type="checkbox"/> Xarelto <input type="checkbox"/> Marcumar <input type="checkbox"/> ASS <input type="checkbox"/> Clopidogrel
• Medikamentenunverträglichkeit? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Welche?
• Allergien? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Welche?
• Blutgerinnungsstörung? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Welche?
• Osteoporose? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Medikamente:
• Regelmäßige Spritzen / Infusionen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Welche?
• Chemotherapie? (auch frühere) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Welche?
• Diabetes mellitus? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Typ I <input type="checkbox"/> HbA1c-Wert: _____ <input type="checkbox"/> Typ II
• Herzklappenfehler/-ersatz? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Welche?
• Infektionskrankheiten? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Hepatitis <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/> Tuberkulose
• Weitere Krankheiten? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Welche? - -
• Drogen? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Welche?
• Rauchen? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Zigaretten _____ / Tag <input type="checkbox"/> Zigarren _____ / Tag <input type="checkbox"/> Vapor _____ ml / Tag
• Schwangerschaft? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Welche SSW?

**Auf der Rückseite geht es weiter, dort sind drei Unterschriften erforderlich!**

## Einwilligung Datenverarbeitung

[Streichungen oder Ergänzungen sind nicht zulässig]

Es werden persönliche und medizinische Daten erhoben und gemäß den gesetzlichen Bestimmungen verwendet und gespeichert. Das Merkblatt „PATIENTENINFORMATION ZUR ERHEBUNG PERSONENBEZOGENER DATEN“ ist mir ausgehändigt worden. Ich habe es gelesen und verstanden. Ich willige insbesondere ein, dass

1. Daten über die oder zum Zwecke der Behandlung an andere Leistungserbringer übermittelt werden dürfen oder von dort angefordert werden dürfen
2. die Mitarbeiter der Praxisklinik für den unter (1) genannten Zweck von der Schweigepflicht entbunden werden
3. wir mit Ihnen in Kontakt treten dürfen (Terminerinnerungen oder Einladungen zu Kontrolluntersuchungen (Post / E-Mail / Telefon / Messenger / App))

Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung, nur mit Wirkung für die Zukunft, jederzeit formlos widerrufen kann. Bisher durchgeführte, von dieser Einwilligung abgedeckte Datenweitergaben bleiben dadurch rechtmäßig.

X

Datum

Unterschrift Patient / Eltern\* / Betreuer

[Diese Unterschrift ist erforderlich – ohne ist eine Behandlung nicht möglich]

## Hinweise für gesetzlich Versicherte

[Streichungen oder Ergänzungen sind nicht zulässig]

Identifikation: Der gesetzlich versicherte Patient weist sich nach gesetzlichen Vorschriften bei jedem Besuch durch seine Gesundheitskarte aus. Liegt keine Karte vor, kann eine Beratung / Untersuchung / Behandlung nur gegen Vorauszahlung erfolgen. Gleiches gilt für den Fall, dass die Karte ungültig oder nicht lesbar ist.

Behandlungsvertrag: Dem Behandlungsvertrag liegen das SGB V, der EBM sowie der BEMA zu Grunde.

Externe Abrechnungsstelle: Rechnungen werden über die PVS-dental GmbH abgewickelt. Hierzu müssen Sie eine weitere Erklärung unterschreiben für den Fall einer zuzahlungspflichtigen Behandlung oder einer Selbstzahler-Behandlung sowie für den Fall der Liquidation eines Ausfallhonorars.

**Verlangt der gesetzlich versicherte Patient eine Privatleistung, so ist er ein Selbstzahler.** Bitte lesen Sie dazu ggf. auch den nächsten Abschnitt.

## Hinweise für Selbstzahler

[Streichungen oder Ergänzungen sind nicht zulässig]

Identifikation: Der Selbstzahler weist sich vor Beginn seiner Behandlung durch Vorlage eines gültigen Lichtbildausweises aus. Versicherungskarten oder -ausweise von privaten Krankenversicherungen akzeptieren wir ausdrücklich nicht. Haben Sie Ihren Hauptwohnsitz außerhalb der Bundesrepublik Deutschland, so leisten Sie bitte eine Vorauszahlung für Ihre Behandlung.

Behandlungsvertrag: Der Behandlungsvertrag wird geschlossen mit der Abgabe dieses Bogens, spätestens jedoch durch die folgende Beratung / Untersuchung. Es bedarf dabei keiner Schriftform, der Vertrag kommt auch mündlich zu Stande. Dem Behandlungsvertrag liegen die GOÄ und GOZ in der jeweils gültigen Fassung zu Grunde. Die Ausführungen der genannten Gebührenordnungen werden beiderseits als bekannt vorausgesetzt.

Liquidation: Etwaige Vorgaben oder Richtlinien von Kostenträgern (Versicherung, Beihilfe) sind kein Maßstab für unsere Behandlung. **Sondertarife von Versicherungen erkennen wir ausdrücklich nicht an. Insbesondere rechnen wir nicht nach so genannten „Standardtarifen“ oder „Basistarifen“ o. ä. ab.** Von Kostenträgern vorgelegte Höchstpreislisten für Laborleistungen sind rechtlich unwirksam und werden ebenfalls ausdrücklich nicht anerkannt.

Die Liquidation erfolgt durch den Liquidationsberechtigten auch dann, wenn die Untersuchung / Behandlung durch dessen Vertreter durchgeführt wurde. Mit der Untersuchung / Behandlung durch den jeweiligen Vertreter erkläre ich mich ausdrücklich einverstanden.

Externe Abrechnungsstelle: Rechnungen werden i. d. R. über die PVS-dental GmbH abgewickelt. Hierzu müssen Sie eine weitere Erklärung unterschreiben.

Bonitätsprüfung: Zum Zwecke der ggf. erforderlichen Prüfung Ihrer Bonität und im Falle nicht vertragsgemäßer Abwicklung übermittelt die Praxisklinik Auskünfte über personenbezogene Daten und Zahlungsdaten an Auskunftsstellen (derzeit: PVS-dental, Creditreform). Die jeweilige Datenübermittlung und Datenspeicherung erfolgt gemäß § 28 Bundesdatenschutzgesetz, soweit dies zur Wahrung berechtigter Interessen der Praxisklinik, der Auskunftsstellen oder der Allgemeinheit erforderlich ist.

Aufträge an Dritte: Falls weitergehende Untersuchungen notwendig werden (z. B. mikrobiologische oder pathologische Untersuchung), wird der behandelnde Arzt / Zahnarzt oder dessen Vertreter hiermit berechtigt, Untersuchungen nach eigenem Ermessen im Auftrag und auf Rechnung des Patienten zu veranlassen.

Schweigepflichtentbindung für Dritte: Sie entbinden hiermit auch hinzugezogene Ärzte, die im Auftrag Untersuchungen für Sie durchführen (z. B. Pathologen sowie etwaige Referenzpathologen) gegenüber derer Abrechnungsgesellschaft von ihrer Schweigeverpflichtung.

Einseitiges Abtretungsverbot: Ansprüche und Forderungen, die sich aus dem Behandlungsvertrag ergeben, dürfen seitens des Selbstzahlers / des Zahlungspflichtigen nicht an Dritte abgetreten oder verpfändet werden.

## Erklärung

Ich habe alle obigen Hinweise zur Kenntnis genommen und akzeptiere ausdrücklich alle genannten Bedingungen. Ich bestätige die Richtigkeit meiner Angaben.

X

Datum

Unterschrift Patient / Eltern\* / Betreuer

[Diese Unterschrift ist erforderlich – ohne ist eine Behandlung nicht möglich]

## Vereinbarung eines Ausfallhonorars

[Streichungen oder Ergänzungen sind nicht zulässig]

Die Praxisklinik arbeitet nach einem Bestellsystem, d. h. dass Ärzte, Zahnärzte, Personal, Räumlichkeiten speziell für Ihre Behandlung vorgehalten werden. Durch diese Exklusivtermine vermeiden wir stundenlange Wartezeiten, wie andersorts häufig zu erleben. Im Falle einer Verhinderung muss Ihrerseits jedoch eine rechtzeitige Absage erfolgen (d. h. spätestens 48 Stunden vorher), andernfalls können wir in der Regel die reservierten Zeiten nicht anderweitig verplanen. **Erfolgt keine rechtzeitige Absage, werden wir Ihnen ein Ausfallhonorar in Rechnung stellen.** Pro 15 Minuten reservierte Zeit berechnen wir Ihnen 140.-€. Die Ersatzpflicht entsteht nicht, wenn Sie den Termin unverschuldet nicht wahrnehmen (ein Nachweis muss Ihrerseits innerhalb von 7 Tagen erbracht werden) oder rechtzeitig absagen. Etwaig geleistete Anzahlungen auf Behandlungen werden mit einem Ausfallhonorar verrechnet. Krankenkassen oder private Versicherungen erstatten Ausfallhonorare in der Regel nicht.

## Erklärung

Ich habe die Vereinbarung zum Ausfallhonorar zur Kenntnis genommen. Ich akzeptiere ausdrücklich alle genannten Bedingungen.

X

Datum

Unterschrift Patient / Eltern\* / Betreuer

[Diese Unterschrift ist erforderlich – ohne ist eine Behandlung nicht möglich]