

Liebe Patienten,

willkommen in der Zahnarztpraxis iDent in Offenbach.

Wir freuen uns, dass Sie uns Ihr Lächeln und Ihre Zahngesundheit anvertrauen!

Unser Ziel ist es, Ihnen eine bestmögliche und individuelle Behandlung anzubieten. Bevor wir uns aber mit Ihnen über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Angaben über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine adäquate und risikoarme Behandlung. Deshalb möchten wir Sie bitten, sich einen Moment Zeit zu nehmen, diesen Fragebogen sorgfältig zu lesen und **so genau** wie möglich auszufüllen. Gerne besprechen wir die wesentlichen Fragen und Antworten gleich noch einmal ausführlich mit Ihnen.

Wir bitten Sie, auch künftige Änderungen Ihres Gesundheitszustandes und Ihrer Anschrift mitzuteilen. Selbstverständlich unterliegen alle Ihre Angaben unter der ärztlichen Schweigepflicht.

1 Persönliche Angaben

KONTAKTDATEN DES PATIENTEN

Name, Vorname _____ m w d

Geb. Datum _____ Geb. Ort _____

Straße und Hausnummer _____

PLZ _____ Ort _____ E - Mail _____

Tel. privat _____ Mobil _____

Beruf _____

Arbeitgeber _____ Tel. beruflich _____

Hausarzt _____ Tel. _____

ICH BIN

gesetzlich versichert

privat versichert

zusatzversichert

Beihilfeberechtigt

Basistarif

Wenn sie nicht selbst Krankversicherungsmitglied sind, ergänzen Sie bitte folgende Angaben:

KONTAKTDATEN DES HAUPTVERSICHERTEN

Name, Vorname _____ Geb. Datum _____

Straße und Hausnummer _____

PLZ _____ Ort _____

Bitte Rückseite beachten

2 Ihr Anliegen

WAS IST DER GRUND IHRES BESUCHES?

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Routinekontrolle | <input type="checkbox"/> Neuer Zahnersatz | <input type="checkbox"/> Knirschen |
| <input type="checkbox"/> Beratung | <input type="checkbox"/> Zweitmeinung | <input type="checkbox"/> Ästhetische Wünsche |
| <input type="checkbox"/> Schmerzbehandlung | <input type="checkbox"/> Zahnfleischbluten | <input type="checkbox"/> _____ |

3 Allgemeine Gesundheitsfragen

ÄRZTLICHE BEHANDLUNG

Stehen Sie zurzeit in ärztlicher Behandlung? Ja Nein
Wenn ja, wegen welcher Erkrankung?

HERZERKRANKUNGEN

Herzschwäche (Insuffizienz)? Ja Nein

Herzschrittmacher / künstl. Herzklappe? Ja Nein

Angina Pectoris? Ja Nein

Zustand nach Herzinfarkt? Ja Nein

Angeborener Herzfehler? Ja Nein

Sonstiges?

KREISLAUFERKRANKUNGEN

Hoher Blutdruck? Ja Nein

Niedriger Blutdruck? Ja Nein

Sonstiges? Ja Nein

INFEKTIONSKRANKHEITEN

Hepatitis (A/B/C)? Ja Nein

Tuberkulose? Ja Nein

HIV? Ja Nein

Covid-19? Ja Nein

Wurde Ihnen Endoprothesen bzw. Implantate eingesetzt?

Z.B. Hüfte, Knie, Herzklappe, Herzschrittmacher, Stents.

Wenn ja, welche _____

STOFFWECHSELERKRANKUNGEN

Diabetes? Ja Nein

Insulinpflichtig? Ja Nein

HbA1c-Wert? _____

Schilddrüsenerkrankungen? Ja Nein

Nierenerkrankungen? Ja Nein

Magen-/Darmerkrankungen? Ja Nein

Morbus Crohn? Ja Nein

Colitis ulcerosa? Ja Nein

Lebererkrankungen? Ja Nein

ERKRANKUNGEN DES NERVENSYSTEMS

Epileptische Anfälle? Ja Nein

Depressionen? Ja Nein

SONSTIGE ERKRANKUNGEN UND ANGABEN

Rheuma? Ja Nein

Multiple Sklerose Ja Nein

Lungenerkrankungen?
(Asthma, Embolie) Ja Nein

Nasen-/
Nebenhöhlenerkrankungen? Ja Nein

Pflegestufe? _____

Sonstige Erkrankungen _____

4 Spezielle Gesundheitsfragen

MEDIKAMENTE

Nehmen sie regelmäßige Medikamente
Wenn ja, welche Medikamente? Ja Nein

Nehmen Sie Blutverdünner?
Wenn ja, welches Medikament? Ja Nein

Nehmen sie Medikamente gegen
Osteoporose oder Tumorerkrankungen ein? Ja Nein

Nehmen sie oder haben sie
Bisphosphonate ein -/genommen? Ja Nein

Wurde bei Ihnen eine Chemo-/
Strahlentherapie durchgeführt? Ja Nein

FÜR DIE WEIBLICHEN PATIENTEN

Sind sie Schwanger? Ja Nein

ALLERGIEN

Besteht bei Ihnen der Verdacht
einer Überempfindlichkeit oder
Allergien gegen bestimmte
Materialien oder Medikamente?
Wenn ja, gegen welche? Ja Nein

Besitzen Sie einen Allergiepass? Ja Nein

Rauchen Sie Ja Nein

Konsumieren sie regelmäßig
Alkohol oder andere
Rauschmittel? Ja Nein

Konsumieren Sie Aufputsch- oder
Beruhigungsmittel? Ja Nein
Wenn ja, welche?

WIE SIND SIE AUF UNS AUFMERKSAM GEWORDEN?

Bitte Rückseite beachten

Hinweise zur Verkehrstüchtigkeit nach zahnärztlichen Behandlungen

Bitte beachten Sie, dass Ihre Verkehrstüchtigkeit im Straßenverkehr nach einer zahnärztlichen Behandlung unter Umständen bis zu 24 Stunden beeinträchtigt sein kann. Dies kann sowohl durch die Behandlung selbst als auch durch den Einfluss von Injektionen oder anderen Medikamenten hervorgerufen werden.

Einverständnis Röntgenerklärung

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass im Rahmen der zahnärztlichen Behandlung notwendige Röntgenuntersuchungen bei mir durchgeführt werden. Ich willige hiermit ein, dass die Zahnarztpraxis iDent Befunde und Behandlungsdaten (beispielsweise vorhandene Röntgenbilder) bei weiteren Leistungserbringern (bspw. Kieferorthopäde / Hausarzt) einholt und in der Praxis erhobene Befunde mitbehandelnden Ärzten übermittelt.

Einverständnis Fotoaufnahmen in der Praxis

Mit Ihrer Unterschrift erklären Sie sich damit einverstanden, dass im Rahmen der Dokumentation und praxisinternen Qualitätssicherung Fotoaufnahmen von Ihrem Gebiss angefertigt und ggf. an Dritte (bspw. Zahntechnikerlabor, Kieferorthopäde) im Zuge der Behandlung, dem fachlichen Austausch und der Ergebnissicherung weitergegeben werden. Diese Bilder unterliegen ebenso wie die übrigen Behandlungsdaten der zahnärztlichen Schweigepflicht nach §203 StGB.

Datenschutzinformation und Einwilligungserklärung in die Datenverarbeitung nach EU-DSGVO

An dieser Stelle möchten wir Sie darüber informieren, dass im Rahmen der zahnärztlichen Behandlung in unserer Praxis personenbezogene Daten erhoben und gespeichert werden. Die Erhebung und Speicherung der Daten ist für die Behandlung gemäß Art. 6 Abs. 1 b) EU-DSGVO notwendig. Durch Ihre Unterschrift auf dieser Seite erklären Sie sich ausdrücklich mit der für Ihre Behandlung notwendigen Erhebung und Speicherung persönlicher Daten einverstanden. Sie haben das Recht, diese Einwilligung jederzeit zu widerrufen, jedoch wirkt ein Widerruf nur für die Zukunft, da nach gesetzlichen Bestimmungen eine Dokumentation Ihrer Behandlungsdaten zwingend vorgeschrieben ist. Nach Widerruf dieser Einwilligungserklärung ist allerdings eine weitere Behandlung nicht mehr möglich. Weitere Informationen zum Datenschutz, welche Rechte Sie beim Datenschutz haben oder eine Auskunft zu welchem Zweck unsere Praxis Daten erhebt, speichert oder weiterleitet erhalten Sie jederzeit auf Nachfrage an der Rezeption.

Hinweis: KI-gestützte Transkription zu Dokumentationszwecken

Wir weisen Sie darauf hin, dass Ihre Angaben und Behandlungsgespräche zu Dokumentationszwecken mithilfe einer KI-gestützten Spracherkennungssoftware transkribiert und in Ihre Patientenakte übernommen werden. Die Verarbeitung erfolgt ausschließlich im Rahmen Ihrer Behandlung auf Grundlage von Art. 9 Abs. 2 lit. h DSGVO und unterliegt der ärztlichen Schweigepflicht.

Elektronische Patientenakte

Ich willige ein, dass Inhalte meiner elektronischen Patientenakte (ePA) eingesehen und behandlungsrelevante Dokumente eingestellt werden dürfen.

Terminabsprachen & Versichertenkarte

Wir sind eine Bestellpraxis und bitten Sie Termine, die Sie nicht einhalten können, **spätestens 24 Stunden** vorher abzusagen. Anderenfalls müssen wir Ihnen leider ein Ausfallhonorar (100€/Std.) in Rechnung stellen. Zudem benötigen wir Ihre Krankenversichertenkarte bei jedem Besuch in der Praxis. Liegt sie uns 14 Tage nach der Behandlung nicht vor, müssen wir Sie als Privatpatient betrachten und Sie erhalten eine Rechnung.

Bestätigung & Aktualität Ihrer Angaben

Ich habe diesen Fragebogen nach bestem Wissen ausgefüllt und bestätige mit meiner Unterschrift die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben. Eventuelle Änderungen werde ich entsprechend mitteilen.

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten bzw. gesetzlicher Vertreter

6 Rechnung und Erstattung

Name/Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Straße / Nr.: _____

PLZ / Wohnort: _____

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Erfahrungen zeigen, dass bei der Kostenerstattung durch **Private Krankenversicherungen, Zahnzusatzversicherungen** und durch **Beihilfestellen** sehr häufig Diskussionen zur Erstattung auftreten.

Die Gründe hierfür liegen in der Verschiedenheit der beiden im Rahmen der Privatbehandlung zu berücksichtigenden und streng voneinander zu trennenden Rechtsbeziehungen.

- Zum einen handelt es sich um die Rechtsbeziehung zwischen Patienten und Zahnarzt. Zum anderen besteht eine davon unabhängige, zweite Rechtsbeziehung zwischen Patienten und kostenerstattender Stelle (Private Krankenversicherung oder Beihilfestelle).
- Im Rechtsverhältnis Patient / Zahnarzt gelten für die Honorargestaltung ausnahmslos die Vorschriften der Gebührenordnung für Zahnärzte und Ärzte. Dabei orientiert sich der Zahnarzt in Zweifelsfragen an den Rechtsauffassungen der Bundeskammer oder der zuständigen Zahnärztekammer.
- In der Rechtsbeziehung Patient/kostenerstattende Stelle finden, neben der Gebührenordnung für Zahnärzte, jedoch ergänzend Bestimmungen des Versicherungsvertrages, tarifvertragliche Regelungen, Beihilferichtlinien und nicht zuletzt die Auffassung der kostenerstattenden Stelle zu den verordnungsrechtlichen Bestimmungen der Gebührenordnung Anwendung. Das führt dazu, dass von Seiten der kostenerstattenden Stelle mitunter abweichende Interpretationen, Forderungen und teilweise subjektive Aussagen im Rahmen der Bearbeitung von Rechnungen und Behandlungsplänen getroffen werden, die häufig im Widerspruch zu den zahnärztlichen Auffassungen zur Gebührenordnung stehen.

Die Rechnungserstellung (**Berechnungsfähigkeit**) und Rechnungserstattung (**Erstattungsfähigkeit**) sind zwei voneinander rechtlich getrennt zu sehende Vorgänge. Deshalb darf der Zahnarzt seine Rechnung nicht nach den Vorstellungen der kostenerstattenden Stelle ausfertigen. Der Zahnarzt hat keinen Einfluss auf die Erstattung der in der zahnärztlichen Rechnung aufgeführten Honorare und Gebührenpositionen durch Private Krankenversicherungen oder Beihilfestellen. Ich bin über die Erstattungsproblematik ausreichend aufgeklärt worden. Die angesprochenen Inhalte habe ich verstanden. Selbst wenn die Erstattungsstelle den in der Rechnung ausgewiesenen Rechnungsbetrag nicht oder nicht in vollem Umfang erstattet, ist mir bekannt, dass ich gegenüber dem Zahnarzt den kompletten Gesamtbetrag zu begleichen habe.

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten bzw. gesetzlicher Vertreter