

Liebe Patientin, lieber Patient,

vielen Dank, dass Sie zur Zahnbehandlung in unsere Praxis kommen. Diese wird nach dem Bestellsystem geführt. Das bedeutet für Sie in der Regel nur geringe Wartezeiten. Medizinisch notwendige, nicht vorhersehbare Behandlungsmaßnahmen können jedoch dazu führen, dass Termine nicht in jedem Fall exakt eingehalten werden. Dafür bitten wir um Ihr Verständnis. Wenn Sie einen mit uns vereinbarten Termin nicht einhalten können, so sagen Sie diesen bitte möglichst frühzeitig ab, d.h. spätestens 48 Stunden vorher. Kommen Sie aufgrund von unvorhersehbaren Notfällen (z.B. akute Schmerzen) in unsere Praxis, müssen Sie evtl. mit Wartezeiten rechnen.

Patient/in

Name, Vorname: _____ Geb. Datum: _____

Straße, Hausnr.: _____

PLZ, Ort: _____ E-Mail: _____

Telefon: _____ Mobil: _____

Mitglied

(Zahlungspflichtige/r, bei Kindern Erziehungsberechtigte/r)

Name, Vorname: _____ Geb. Datum: _____

Straße, Hausnr.: _____

PLZ, Ort: _____ E-Mail: _____

Name des Kostenträgers/
der Krankenkasse _____ Mobil: _____

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> ich bin pflichtversichert | <input type="checkbox"/> ich bin privat versichert | <input type="checkbox"/> ich bin privat zusatzversichert |
| <input type="checkbox"/> ich bin freiwillig versichert | <input type="checkbox"/> ich bin beihilfeberechtigt | <input type="checkbox"/> ich bin zuschussberechtigt |
| <input type="checkbox"/> ich bin Standardtarif-/Basis-Versicherte(r) | | (Sozialamt, Versorgungsamt) |

Beruf

Schüler/Student

Berufsbezeichnung: _____

Arbeitgeber: _____

Straße, Hausnr.: _____

PLZ, Ort: _____ Telefon: _____

Dr. A. Toth

Einverständniserklärung*

Patient/in

Name, Vorname: _____

Geb. Datum: _____

Straße, Hausnr.: _____

PLZ, Ort: _____

www.dirtoth.de

Praxis für Zahngesundheit



Dr. med. dent. A. Alexander Toth
Frohnhauser Straße 387 | 45144 Essen
Tel. 0201 - 75 64 98 | Fax. 0201 - 75 56 05

Behandler (Praxisstempel/Klinikstempel)

Gesetzl. Vertreter(in) bei Minderjährigen/Geschäftsunfähigen/beschränkt Geschäftsfähigen

Name, Vorname: _____ Geb. Datum: _____

Straße, Hausnr.: _____ PLZ, Ort: _____

Liebe Patientin, lieber Patient,
wir möchten uns voll und ganz auf Sie und Ihre Behandlung konzentrieren. Deshalb haben wir uns dafür entschieden, die Abrechnung einem kompetenten Partner zu übertragen:

BFS health finance

BFS health finance GmbH
Hülshof 24
44369 Dortmund

Tel.: 0231-94 53 62-600
Fax: 0231-94 53 62-688
E-Mail: patientenservice@bfs-hf.de

BFS gewährleistet die zügige, unkomplizierte und korrekte Bearbeitung Ihrer Rechnung. Sie ist zugleich Ihr freundlicher und kompetenter Ansprechpartner in allen Belangen der Rechnung und bietet Ihnen auf Wunsch auch Teilzahlungsmöglichkeiten.

Um die Abrechnung in Zusammenarbeit mit der BFS zu ermöglichen, benötigen wir Ihr schriftliches Einverständnis. Daher bitten wir Sie um Ihre Zustimmung durch Unterzeichnung der nebenstehenden Erklärungen.

Wir bedanken uns für Ihr Vertrauen.

Ich erkläre mich ausdrücklich einverstanden mit der

- möglichen Anfrage durch den Behandler bei der BFS health finance GmbH bezüglich der Abrechnung über BFS, auch vor Aufnahme der Behandlung,
- Einholung einer Bonitätsinformation bei einer Auskunft durch BFS (unter Angabe von Name, Geburtsdatum und Anschrift des Patienten/ Zahlungspflichtigen), soweit erforderlich,

- Abtretung der sich aus der Behandlung ergebenden Forderungen an BFS,
- Weiterabtretung der Forderungen durch BFS an die refinanzierende Bank (Helaba Dublin Landesbank, Hessen-Thüringen International bzw. Landesbank Hessen-Thüringen Girozentrale),
- Übermittlung der für die Abrechnung und Geltendmachung der Forderungen erforderlichen Informationen (u.a. Name, Geburtsdatum, Anschrift, Diagnose, Leistungsziffern, Behandlungsdaten und -verläufe) an BFS und ggf. an die refinanzierende Bank.

Ich wurde darüber informiert, dass BFS die Leistungen meines Behandlers mir gegenüber abrechnen und den Rechnungsbetrag bei mir geltend machen wird.

Sollte es über die Berechtigung der Forderung unterschiedliche Auffassungen geben, kann der Behandler in einer etwaigen Auseinandersetzung als Zeuge gehört werden.

Nach Abschluss des Verfahrens werden die Daten, soweit möglich, gelöscht. Ist gesetzlich eine weitere Aufbewahrung vorgeschrieben, werden die Daten für die gesetzlichen Zeiträume weiter aufbewahrt.

Schweigepflichtentbindung

Ich entbinde meinen Behandler, seine Vertretung und die BFS in dem aufgezeigten Rahmen jeweils von Ihrer Schweigepflicht.

Vorstehende Erklärungen können mit Wirkung für die Zukunft schriftlich widerrufen werden.

Datum

Unterschrift Patient bzw. gesetzlicher Vertreter

Auch im Rahmen der zahnärztlichen Behandlung ist es wichtig, über Ihren Gesundheitszustand bestmöglich informiert zu sein. Für Ihr Krankenblatt erbitten wir folgende Angaben, die selbstverständlich unter die ärztliche Schweigepflicht fallen. Das Praxisteam bittet Sie, nachfolgende Fragen sorgfältig zu lesen und zu beantworten bzw. zusätzliche Angaben handschriftlich einzutragen.

- | | | Ja | Nein |
|--|--------------------------|----|--------------------------|
| 1. Sind Sie mit dem Zustand Ihrer Zähne und des Zahnfleisches zufrieden? | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> |
| 2. Leiden Sie unter Mundgeruch? | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> |
| 3. Haben Sie manchmal Zahnfleischbluten?
Wenn ja, wie oft? <input type="checkbox"/> täglich <input type="checkbox"/> unregelmäßig | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> |
| 4. Tragen Sie Zahnersatz?
Wenn ja, wie alt ist dieser? Ca. ____ Jahre
Tragen Sie Ihren Zahnersatz regelmäßig?
Sind Sie mit dem Aussehen und der Funktion des Zahnersatzes (noch) zufrieden? | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> |
| 5. Können Sie alles essen (Möhren, Äpfel, Kohlrabi, Gummibärchen, Kaugummi etc.)? | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> |
| 6. Sind Speisereste zwischen Ihren Zähnen oder in Ihrem Zahnersatz ein Problem? | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> |
| 7. Wünschen Sie nur Schmerzbeseitigung oder legen Sie Wert auf eine umfassende Beratung über Ihre anstehende Gesamtbehandlung? <input type="checkbox"/> nur Schmerzbeseitigung <input type="checkbox"/> umfassende Beratung | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> |
| 8. Legen Sie neben der funktionellen Versorgung auch Wert auf hohen ästhetischen Komfort Ihres Zahnersatzes? <input type="checkbox"/> sehr <input type="checkbox"/> nicht so sehr <input type="checkbox"/> überhaupt nicht | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> |
| 9. Wünschen Sie nähere Informationen über folgende Behandlungsarten?
<input type="checkbox"/> Professionelle Zahnreinigung
<input type="checkbox"/> Alternativen zu Amalgam
<input type="checkbox"/> Karies- und Parodontosevorsorge/Prophylaxe
<input type="checkbox"/> Zahnaufhellungen/Bleaching
<input type="checkbox"/> Zahnersatzlösungen, die auch Ihre ästhetischen Ansprüche befriedigen
<input type="checkbox"/> Implantatversorgung | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> |
| 10. Legen Sie Wert auf eine Behandlung unter örtlicher Betäubung?
Nach einer Betäubungsspritze kann es gelegentlich zu einem zeitlich begrenzten, sehr selten, zu einem dauernden Taubheitsgefühl im Ausbreitungsgebiet des Nerven kommen. Bitte beachten Sie, dass die Fahrtüchtigkeit unter Einfluss von Medikamenten oder Injektionen zur örtlichen Betäubung für mehrere Stunden beeinträchtigt sein kann. | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> |
| 11. Haben Sie einen Röntgenpass? | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> |
| 12. Wann war die letzte Röntgenuntersuchung/Computertomographie?
(Datum/Körperteil) _____ | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> |
| 13. Haben Sie ein Bonusheft? | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> |

Möchten Sie unser Recall-System in Anspruch nehmen?

- Ja, ich möchte durch ein unverbindliches Schreiben an meinen nächsten bevorstehenden Vorsorgetermin erinnert werden.

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

Empfehlung von: Bekannte / Verwandte: _____ Name Arzt / Zahnarzt: _____ Name

Werbung (Anzeige, Tagespresse/Fachzeitschrift etc.) zus. informiert auf www.drtoth.de

Internet: Google Arzt- oder Gesundheitsportale, welche? _____

Sonstiges: _____

Leiden Sie oder litten Sie jemals an einer der folgenden Erkrankungen?

Zutreffendes bitte ankreuzen.

Herz/Kreislauf

- Herzfehler
- Angina pectoris
- Herzinfarkt
- Herzmuskelentzündung
- künstliche Herzklappe
- Herzschrittmacher
- hoher Blutdruck
- niedriger Blutdruck
- Ich besitze einen Herzpass
- Vom Hausarzt wurde eine Endokarditisprophylaxe mit Antibiotika empfohlen

Gefäße

- Schlaganfall
- Durchblutungsstörungen
- Krampfadern
- Thrombosen

Atemwege/Lunge

- Asthma
- Lungenentzündung
- Tuberkulose
- chronische Bronchitis
- Schnarchen

Krebserkrankungen

Wenn ja, welche? _____

Leber, Magen, Darm

- Geschwür
- Refluxkrankheit
- Hepatitis A/B/C

Schlafverhalten

- | | | | | |
|--|--------------------------|----|--------------------------|------|
| Wachen Sie morgens mit Kopfschmerzen auf? | <input type="checkbox"/> | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein |
| Fühlen Sie sich morgens oft müde oder schlapp? | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | |
| Lässt Ihre Konzentrationsfähigkeit tagsüber nach? | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | |
| Sind bei Ihnen nachts Atemaussetzer beobachtet worden? | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | |

Stoffwechsel, Zuckerkrankheit

- Diabetes mellitus Typ 1
- Diabetes mellitus Typ 2
- Schilddrüsenunterfunktion
- Schilddrüsenüberfunktion

Nerven/Gemüt

- Krampfanfälle/Epilepsie
- Lähmungen
- Depressionen
- Angstzustände

Blut

- Gerinnungsstörungen
- auch bei Blutsverwandten (Hämophilie A/B)

Allergie/Überempfindlich gegen

- Gräser/Pollen
- Medikamente
- Jod
- Latex z.B. Luftballon, Radiergummi, Gummihandschuhe

Schwangerschaft

- Sind Sie schwanger? (Woche? _____)

Immunschwäche

- Einnahme von Cortison
- AIDS/HIV
- Zustand nach Organtransplantation
- Zustand nach Chemotherapie oder Bestrahlung

Knochen

- Osteoporose
- Ich wurde in der Vergangenheit/werde zur Zeit mit Bisphosphonaten behandelt. Wegen welcher Erkrankung?

Wann? Mit welchen Präparat?

Sonstiges

Rauchen Sie?

- ja nein

Wenn ja, wieviel durchschnittlich?

Trinken Sie gelegentlich Alkohol?

- ja nein

Wenn ja, wie regelmäßig?

Wieviel?

Medikamenteneinnahme

Gerinnungshemmende Medikamente dauerhaft in den letzten Tagen

- Aspirin (ASS)
- Marcumar
- Ticlopidin
- Clopidogrel (Plavix)

Regelmäßige Medikamente

- Blutdruckmedikamente
- Herzmedikamente
- Schmerzmittel
- „Antibabypille“
- Psychopharmaka
- Antidiabetika

Welche?

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben.

Ort, Datum

Unterschrift