

Gesundheitsfragebogen

Herzlich willkommen in unserer zahnärztlichen Praxis. Bitte füllen Sie diesen Fragebogen sorgfältig aus, denn die erbetenen Angaben zu Ihrer Krankengeschichte dienen Ihrer Gesundheit. Bei eventuellen Unklarheiten helfen wir Ihnen gerne weiter. Sämtliche Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Wir bitten Sie, uns Änderungen Ihres Gesundheitszustandes beim nächsten Kontakt unmittelbar mitzuteilen.

Ihr Praxisteam Dr. Christoph Manger und Kollegen.

1.1 Patientendaten

Name (Druckbuchstaben)	Geburtsdatum	Geburtsort
Vorname (Druckbuchstaben)	Telefon	Mobil
Straße, Nr.	E-Mail	
PLZ, Ort	Beruf (Wird für Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen benötigt)	

1.2 Versicherter | Zahlungspflichtiger | Erziehungsberechtigter (Nur auszufüllen, wenn abweichend von 1.1.)

Name	Geburtsdatum	Telefon (tagsüber)
Vorname	Krankenversicherung	

1.3 Patienteninformationen

Wie sind Sie versichert?

gesetzliche Krankenkasse	privatversichert	Bundeswehr	Beihilfe
--------------------------	------------------	------------	----------

 zusatzversichert bei

Name Ihres Hausarztes:

Name, Praxis	Ort
--------------	-----

Sind Sie zurzeit woanders in zahnärztlicher oder ärztlicher Behandlung?

nein	ja:	Weshalb?
------	-----	----------

Welches Anliegen führt Sie in unsere Praxis?

Haben Sie Schmerzen?
Wenn ja, bitte geben Sie Ihre Schmerzstärke in der Skala an.

nein	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	Kein Schmerz								Stärkster vorstellbarer Schmerz	

Haben Sie Angst vor einer zahnärztlichen Behandlung?

nein	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	Keine Angst								Ziemlich viel Angst	

2. Zahn- und Mundsituation

Schmerzen im Kopf- & Nackenbereich?	nein	ja	Zahnfleischrückgang	nein	ja
			Zahnfleischbluten	nein	ja
Geräusche im Kiefergelenk	nein	ja	Mundgeruch	nein	ja
Sind Sie mit der Stellung/ Farbe/Form Ihrer Zähne, kurz: mit Ihrem „Lächeln“, zufrieden?	ja	nein:	Wenn nein, warum nicht?		

3. Allgemeine Gesundheitsfragen

Ihr Körpergewicht (in kg):	kg		Diabetes	nein	ja
Hoher Blutdruck (Hypertonie)	nein	ja	Ihr HbA1c Wert (bei Diabetiker):		
Niedriger Blutdruck (Hypotonie)	nein	ja	Tumore, Krebserkrankungen	nein	ja
Gerinnungsstörungen	nein	ja	HIV-Infektion, AIDS-Erkrankung	nein	ja
Schilddrüsenerkrankung	nein	ja	Künstliche Herzklappen/Gelenke	nein	ja
Osteoporose	nein	ja	Augenerkrankung (z.B. Glaukom)	nein	ja
Nierenerkrankung	nein	ja	Hepatitis	nein	A B C
Asthma	nein	ja	Herzkrankung/Herzfehler	nein	ja
Lebererkrankungen	nein	ja	Rauchen Sie Zigaretten?	nein	ja
Trinken Sie regelmäßig Alkohol?	nein	ja	Nehmen Sie Drogen ein?	nein	ja
Chemotherapie oder Strahlentherapie	nein	ja:			
Allergien gegen bestimmte Stoffe oder Medikamente	nein	ja:	Bitte legen Sie, wenn vorhanden einen Allergiepass vor.		
Zwischenfälle während <u>oder</u> nach einer Zahnarztbehandlung?	nein	ja:			
Besteht zur Zeit eine Schwangerschaft oder stillen Sie?	nein	ja:			

4. Medikamente

Nehmen Sie dauerhaft oder akut Medikamente ein? nein

Aspirin (ASS) Marcumar / Xarelto Plavix Ticlopidin Clopidogrel Bisphosphonate

Andere:

Bitte legen Sie, wenn vorhanden eine Medikamentenliste vor.

5. Datenschutzbestimmungen nach EU-DSGVO

Die Verarbeitung und Speicherung personenbezogener Daten ist für die Behandlung im Gesundheitsbereich nach Art. 6 Abs. 1b; Art. 9 Abs. 2 h der EU-DSGVO zulässig.

Mit meiner Unterschrift auf diesem Gesundheitsfragebogen bestätige ich, dass mir eine Auskunft zur Erhebung personenbezogener Daten im Rahmen der zahnärztlichen Behandlung gemäß EU-DSGVO ausgehändigt wurde.

6. Terminorganisation

Diese Praxis wird nach einem Bestellsystem geführt, um längere Wartezeiten zu vermeiden. Trotzdem kann es durch Notfälle bzw. Schmerzpatienten zu Wartezeiten kommen. Selbstverständlich versuchen wir, Sie in solchen Fällen zu informieren. Sollten Sie zu einem Termin verhindert sein, bitten wir Sie um frühzeitige Absage spätestens 24 Std. vorher. Durch wiederholtes, selbst verschuldetes, Nichterscheinen können entstandene Kosten in Rechnung gestellt werden (gem. § 615 BGB).

7. Steigerungssatz

Der Steigerungssatz der Privatliquidation kann sich in begründeten, besonders schwierigen Fällen bis zum 3,5-fachen des Regelsatzes erhöhen. Die Abrechnung erfolgt gemäß den gesetzlichen Gebührenordnungen für Ärzte und Zahnärzte (GOÄ / GOZ) unabhängig vom Umfang etwaiger Erstattung der Kosten nach Beihilfevorschriften oder Ihren Versicherungsbedingungen.

8. Lokale Infiltrations- & Leitungsanästhesie (zahnärztliche Betäubung)

Die Betäubung der Zähne ist für viele zahnärztliche Behandlungen unerlässlich. Die Schmerzfreiheit ermöglicht für den Patienten, aber auch für den Zahnarzt ein entspannteres Behandeln, sorgt damit für eine höhere Qualität und einen höheren Erfolg der Arbeit. Obwohl die Lokalanästhesie ein sicheres Verfahren zur Schmerzausschaltung ist, sind Nebenwirkungen und Unverträglichkeiten der verwendeten Substanzen nicht immer vermeidbar. In einzelnen Fällen kann es zu Schwellungen oder Blutergüssen im Bereich der Betäubung kommen. Auch ist es möglich, dass es zu temporären oder permanenten Sensibilitätsstörungen, vor allem des Zungennervs (N. lingualis) und Unterkiefer nervs (N. alveolaris inferior) kommen kann. Ebenso sind allergische Reaktionen auf das Betäubungsmittel möglich, die bis zum Tod führen können. Es können Kopfschmerzen und leichtes Schwindelgefühl auftreten. Außerdem können die Reaktionsfähigkeit und das Konzentrationsvermögen vermindert sein, was vor allem bei der aktiven Teilnahme am Straßenverkehr zu beachten ist.

Mit meiner Unterschrift auf diesem Gesundheitsfragebogen versichere ich, dass ich über die Risiken einer Infiltrations- und Leitungsanästhesie aufgeklärt wurde. Alle meine Fragen wurden verständlich und vollständig beantwortet. Ich benötige keine weitere Überlegungsfrist und willige in die Verabreichung einer Infiltrations- oder Leitungsanästhesie für die zahnärztliche Behandlung ein.

9. Freiwillige Angaben und Terminerinnerungsservice

Hiermit informieren wir Sie darüber, dass im Rahmen von freiwilligen Angaben in unserer Praxis personenbezogene Daten erhoben und gespeichert werden. Füllen Sie bitte diesen Bereich nur aus, wenn Sie damit einverstanden sind.

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Wie wichtig ist Ihnen das Aussehen Ihrer Zähne?

weniger wichtig	1	2	3	4	5	sehr wichtig
-----------------	---	---	---	---	---	--------------

Wie wichtig ist für Sie Ihre Mundhygiene?

weniger wichtig	1	2	3	4	5	sehr wichtig
-----------------	---	---	---	---	---	--------------

Wie wichtig ist Ihnen hochwertiger Zahnersatz?

weniger wichtig	1	2	3	4	5	sehr wichtig
-----------------	---	---	---	---	---	--------------

Wie wichtig sind für Sie zahnerhaltende Maßnahmen?

weniger wichtig	1	2	3	4	5	sehr wichtig
-----------------	---	---	---	---	---	--------------

Möchten Sie regelmäßig per Post oder per E-Mail an Ihre Vorsorgeuntersuchung erinnert werden (Recall)?

ja nein

Mit meiner Unterschrift auf diesem Gesundheitsfragebogen willige ich der Erhebung, der elektronischen Speicherung und Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten für die freiwilligen Angaben und den Erinnerungsservice unter Beachtung der einschlägigen Vorschriften der nationalen Datenschutzgesetze sowie der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) ein. Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich widerrufen kann (Art. 7 Abs. 3 DSGVO). Mir ist bekannt, dass mein jederzeit möglicher Widerruf der Einwilligung die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt (Art. 7 Abs. 3 Satz 2 DSGVO). Die Informationen zur Erhebung personenbezogener Daten im Rahmen der zahnärztlichen Behandlung gemäß EU-DSGVO wurden mir ausgehändigt.

Datum

Unterschrift (ggf. des gesetzlichen Vertreters, Betreuer)



Hinweise:

Wir hoffen, dass Sie sich in unserer Praxis wohl fühlen. Sollten Sie Fragen haben, stehen wir Ihnen gerne jederzeit zur Verfügung und informieren Sie ausführlich. Bitte informieren Sie uns rechtzeitig, wenn sich an Ihrem Gesundheitsstatus, an Ihrer Adresse oder Versicherungsform etwas ändert. Wenn aus Gründen der Lesbarkeit die männliche Form eines Wortes genutzt wird („der Patient“), ist selbstverständlich auch die weibliche Form („die Patientin“) gemeint.

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, Wertstr. 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, Gebührenziffern, 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



Zahnheilkunde & Implantologie
Dr. Manger MSc mult. & Kollegen

Dr. med. dent. Christoph Manger
Kronenweg 82
50389 Wesseling

www.zahnarzt-wesseling.de

Hinweis:

Streichungen und/oder Änderungen der vorstehenden Erklärungen machen die Einverständniserklärung unwirksam.

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:

Name und Kontaktdaten des Verantwortlichen:

ZA Zahnärztliche Abrechnungsgesellschaft Düsseldorf, AG
Werftstr. 21
40549 Düsseldorf
Telefon: 0211 56 93 - 100
E-Mail: info@zaag.de

Kontaktdaten des Datenschutzbeauftragten:

Für Datenschutzfragen oder -beschwerden erreichen Sie uns per E-Mail: datenschutz@zaag.de oder postalisch unter oben genannter Anschrift.

Damit wir für Ihren Zahnarzt tätig werden können, benötigen wir Ihr freiwilliges Einverständnis gemäß Art. 6 Abs. 1 lit. a, 9 Abs. 2 lit. a 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-Bearbeitungen 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. 6 Abs. 1 lit. a, 9 Abs. 2 lit. a 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 ff. 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 - 999
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**