



Herr Frau Divers

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum und -ort: _____

Strasse, Nr.: _____ PLZ, Ort: _____

Telefon privat: _____ Mobil: _____

E-Mail*: _____

Beruf/Arbeitgeber: _____

Krankenkasse/Zusatzversicherung: _____ Beihilfeberechtigt? ja nein

Wer hat uns empfohlen?* _____

Bestehen gesundheitliche Risiken / Pflegegrad? Wenn ja, welche? _____

Die Informationen zur Erhebung personenbezogener Daten sind in der Praxis einsehbar.

Für Ihr Krankenblatt benötigen wir folgende Angaben. Diese unterliegen selbstverständlich - wie alle persönlichen Daten - der ärztlichen Schweigepflicht.

Bitte beantworten Sie die Fragen sorgfältig. Zutreffendes bitte ankreuzen oder ergänzen.

Haben Sie einen Herzschrittmacher?	<input type="checkbox"/>	Haben Sie Zahnfleischbluten?	<input type="checkbox"/>
Blutgerinnungsstörung?	<input type="checkbox"/>	Leiden Sie unter Mundgeruch?	<input type="checkbox"/>
Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente?	<input type="checkbox"/>	Leiden Sie unter Kopfschmerzen?	<input type="checkbox"/>
		Haben Sie Angst vor dem Zahnarzt?	<input type="checkbox"/>

Hatten oder haben Sie eine der folgenden Krankheiten?

Heuschnupfen?	<input type="checkbox"/>	Herz-Kreislauf-Erkrankung?	<input type="checkbox"/>
Asthma?	<input type="checkbox"/>	Rheuma?	<input type="checkbox"/>
Atemnot?	<input type="checkbox"/>	Tuberkulose?	<input type="checkbox"/>
Hepatitis?	<input type="checkbox"/>	Sonstiges?	<input type="checkbox"/>
Zuckerkrankheit?	<input type="checkbox"/>	Blutdruck: zu hoch <input type="checkbox"/> zu niedrig <input type="checkbox"/>	

Besteht eine ernsthafte Erkrankung? Welche? _____

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? Welche? _____

Bekommen Sie Infusionen? Welche? _____

Haben Sie eine Allergie? **Welche?** _____

Hatten Sie eine ungewöhnliche Reaktion auf Spritzen oder Medikamente? **Welche?** _____

Sind Sie schwanger? Schwangerschaftswoche? _____

Nehmen Sie Medikamente gegen Osteoporose (Bisphosphonate) ein? Welche? _____

Rauchen Sie? Zigaretten/Tag _____

Ich wünsche:

- gegebenenfalls, nach Aufklärung, zu den die Kassenbedingungen übersteigenden Behandlungsmethoden zuzuzahlen.
 nach den umfassenden zahnmedizinischen Behandlungsmethoden behandelt zu werden.

Ich bin damit einverstanden, dass Fotos von mir gemacht werden dürfen, dass eventuelle Röntgenbilder per E-Mail verschickt werden, meine erhobenen Daten mehr als 10 Jahre aufbewahrt werden dürfen und ich telefonisch, per SMS oder per E-Mail kontaktiert werden darf. Termine, die ich nicht einhalten kann, werde **ich spätestens 24 Stunden vorher** absagen, da mir sonst die entstandenen **Kosten** in Rechnung gestellt werden können.

Meine erhobenen Patientendaten / Unterlagen dürfen im Falle von Vertretung / Weiterbehandlung / Überweisung innerhalb u. außerhalb unserer Praxisgemeinschaft weitergegeben werden.

Hiermit bestätige ich, dass sich an meinen Anmelde Daten, sowie an meinem Gesundheitszustand zum Vorjahr nichts geändert hat und ich über die örtliche Betäubung aufgeklärt wurde.

X Datum, Unterschrift _____



Sollten bei Ihnen folgende Besonderheiten vorliegen oder zutreffen, informieren Sie uns bitte!

- Allergien, Krankheiten, Schwangerschaften
- Regelmäßige Einnahme von Medikamenten
- Frühere Probleme mit Betäubungen oder Narkosen
- Starke Angst vor Spritzen

Vorbereitungen:

- Grundsätzlich sollten Sie ausreichend Nahrung und Flüssigkeit zu sich genommen haben.
- Die regelmäßige Einnahme ihrer täglichen Medikamente sollte nicht unterbrochen werden (Informieren Sie uns bitte über die Einnahme von Aspirin und anderen blutverdünnenden Medikamenten)

Achtung: Die Fahrtauglichkeit ist eingeschränkt.

Ablauf:

- Im Normalfall werden Sie beim Einspritzen einen leichten Druck oder Schmerz verspüren.
- Es könnten nach dem Einspritzen leichte körperliche Missemfindungen auftreten, die in der Regel nach ca. 5 Minuten verschwinden.
- Einige Minuten nach dem Einspritzen werden Sie ein leichtes Kribbeln und ein Taubheitsgefühl verspüren.
- Sollten Sie trotz allem während der Behandlung im Anschluss noch Schmerzen verspüren, sprechen Sie uns an!

Wirkungsdauer:

Je nach Art der Betäubung kann die Wirkungsdauer von 30 Minuten (Betäubung einzelner Zähne und kleinerer Zahngruppen) bis zu 4 Stunden (Betäubung des Unterkiefers, halbseitig) andauern.

Nach der Behandlung:

- Ihre Konzentrationsfähigkeit kann nach einer örtlichen Betäubung eingeschränkt sein, bitte verzichten Sie danach auf das Führen und Bedienen von Fahrzeugen oder Maschinen.
- Bitte warten Sie mit der Nahrungsaufnahme bis die Wirkung nachlässt.
- Bei einer Wirkdauer von mehr als 6 Stunden nach der Behandlung melden Sie sich bitte erneut bei uns!

Mögliche Beschwerden:

- Die Einstichstelle kann eine Zeit lang schmerzen und die Mundöffnung kann leicht eingeschränkt sein.
- Durch gefäßverengende Zusätze im Betäubungsmittel können zeitweise blasse Gebiete im Gesicht entstehen, welche jedoch harmlos sind und nach einiger Zeit verschwinden.
- Sollten Sie direkt im Anschluss an die Spritze oder nach einigen Tagen Übelkeit verspüren, bzw. Ausschlag bekommen, begeben Sie sich bitte sofort in ärztliche Behandlung, da eine Unverträglichkeitsreaktion vorliegen könnte.
- Nach Injektionen können Parästhesien (Mißempfindungen) über einen längeren Zeitraum bestehen.
- Nach Leitungsanästhesien können bleibende Nervenschäden entstehen.

Aufklärung zur Wurzelbehandlung:

- Die Wurzelbehandlung stellt einen Versuch dar, den behandlungsbedürftigen Zahn zu erhalten!
- Nebenwirkungen, Komplikationen und Risiken einer Wurzelbehandlung sind z.B. ein Instrumentenbruch im Kanal.

Ich habe mir dieses Informationsblatt aufmerksam durchgelesen und bin mit einer eventuellen Betäubung einverstanden. Alle evtl. noch bestehenden Fragen wurden zu meiner Zufriedenheit durch den Zahnarzt bzw. die zahnärztliche Fachangestellte beantwortet.

Hamburg, den _____

(Datum, Unterschrift des Patienten)

Patient/-in (Name, Vorname und Anschrift)

Pflichtfeld – per Hand ausfüllen oder per EDV bedrucken.
Haben sich Ihre Daten geändert? Sprechen Sie uns bitte an.

Name, Vorname

Geburtsdatum

Straße

PLZ, Ort

Stellung zur Patientin / zum Patienten:

Elternteil** Betreuer/-in Ehegattin/-gatte

oder

** Bei gemeinsamem Sorgerecht wird die nachstehende Erklärung auch im Namen des anderen Elternteils abgegeben.

Einverständniserklärung

Ich erkläre mich einverstanden mit der

- » Weitergabe der zur Abrechnung und Geltendmachung der Forderungen jeweils erforderlichen Informationen, insbesondere von Daten aus der Patientenkartei (Name, Geburtsdatum, Anschrift, Befunde, Behandlungsdaten und -verläufe), an die DZR Deutsches Zahnärztliches Rechenzentrum GmbH (DZR) und der dort vorzunehmenden Verarbeitung dieser Daten.
- » möglichen Einholung einer Information durch DZR bei einer Auskunft zur Prüfung meiner Bonität. Die Praxis und/oder DZR teilen auf Nachfrage Name und Adresse der Auskunft mit.
- » Abtretung der sich aus allen Behandlungen ergebenden Forderungen an DZR.
- » im Rahmen der Refinanzierung erfolgenden Weiterabtretung der Forderungen durch DZR an die Deutsche Apotheker- und Ärztebank e.G., Düsseldorf (apoBank).

rung/Sozialhilfe etc.) gegenüber im eigenen Namen in Rechnung stellen und für sich geltend machen wird.

Sollte es über die Berechtigung der Forderungen unterschiedliche Auffassungen geben, kann die Zahnärztin/Ärztin, der Zahnarzt/Arzt in einer etwaigen Auseinandersetzung als Zeugin/Zeuge gehört werden.

Ich entbinde meine Zahnärztin/Ärztin, meinen Zahnarzt/Arzt sowie DZR von der Schweigepflicht, soweit dies für die Abrechnung, Prüfung und Geltendmachung der Forderungen erforderlich ist; auch zugunsten der apoBank.

Diese Zustimmung kann jederzeit – allerdings nur mit Wirkung für die Zukunft – widerrufen werden. Der Widerruf ist entweder gegenüber der Praxis oder DZR zu erklären.

Ich wurde darüber aufgeklärt, dass DZR die Leistungen meiner Praxis mir, meiner Krankenkasse (bei vereinbarter Direktabrechnung) oder dem zuständigen Kostenträger (Leistungen der gesetzl. Unfallversicherung/Sozialhilfe etc.) gegenüber im eigenen Namen in Rechnung stellen und für sich geltend machen wird.

Umseitige Informationen zur Rechnung und zum Datenschutz habe ich zur Kenntnis genommen. Eine Kopie dieser Einverständniserklärung habe ich erhalten.

Ort / Datum

X

Ort / Datum

Unterschrift Patient/-in bzw. gesetzl. Vertreter/-in* und ggf. abweichende/-r Rechnungsempfänger/-in

* bei Personen unter 18 Jahren / Geschäftsunfähigen / beschränkt Geschäftsfähigen



DZR Deutsches Zahnärztliches Rechenzentrum GmbH
Marienstraße 10 | 70178 Stuttgart

Praxisstempel

Bitte händigen Sie Ihren Patienten eine Zweitschrift aus.

Informationen zu Ihrer Rechnung und zum Datenschutz

Liebe Patientin, lieber Patient,

das Wichtigste für Ihren Behandlungserfolg ist, dass Ihre Praxis sich zu 100 Prozent auf Sie konzentrieren kann. Um hierfür möglichst viel Zeit zu haben, hat Ihre Praxis die Abrechnung der **DZR Deutsches Zahnärztliches Rechenzentrum GmbH (DZR)** übertragen. Die Rechnungsstellung über DZR ist für Sie selbstverständlich kostenlos.

DZR gewährleistet die korrekte Bearbeitung der von Ihrer Praxis vorgegebenen Rechnungen. Aufgrund jahrzehntelanger Erfahrung in der Abrechnung entlastet DZR Ihre Praxis deutlich bei den Verwaltungstätigkeiten. Die eingesparte Zeit kommt somit voll und ganz Ihnen zugute.

Für Ihre Fragen zur Abrechnung stehen Ihnen die kompetenten Mitarbeiter von DZR gerne zur Verfügung. Insbesondere helfen Ihnen die Experten bei der Durchsetzung Ihrer Erstattungsansprüche gegenüber Krankenkassen oder anderen Kostenträgern. Zusätzlich bietet Ihnen DZR an, Ihre Rechnung in Teilbeträgen zu begleichen.

Nach geltender Rechtslage ist es erforderlich, dass Sie Ihre Einwilligung mit diesem Abrechnungsweg schriftlich erklären. Daher bitten wir Sie um Ihre Zustimmung. Bitte unterschreiben Sie hierzu die Einverständniserklärung auf der Vorderseite. DZR wird Ihre Daten zu den vorgenannten Zwecken auf Grundlage dieser Einverständniserklärung verarbeiten.

Selbstverständlich ist DZR gesetzlich zur Verschwiegenheit verpflichtet. Darüber wacht der Datenschutzbeauftragte von DZR. Weitere Informationen zum Datenschutz und zu Ihren Rechten entnehmen Sie bitte dem Merkblatt „Informationen zum Datenschutz“, das Ihnen Ihre Praxis gerne überlässt, oder unter www.dzr.de/dsgvo.

Herzlichen Dank für Ihr Vertrauen.

Kontaktdaten von DZR und des Datenschutzbeauftragten:



Deutsches
Zahnärztliches
Rechenzentrum

DZR Deutsches Zahnärztliches Rechenzentrum GmbH
Sitz und Amtsgericht: Stuttgart HRB 6658

Hauptsitz Stuttgart

Marienstraße 10
70178 Stuttgart
Telefon 0711 99373-4000
Telefax 0711 99373-4030

Niederlassung Neuss

Hermann-Klammt-Straße 7
41460 Neuss
Telefon 02131 77685-5000
Telefax 02131 77685-5030

Hanseatische Niederlassung

Heidenkampsweg 51
20097 Hamburg
Telefon 040 8090307-5050
Telefax 040 8090307-5070

Niederlassung FRH

Marienstraße 12
70178 Stuttgart
Telefon 0711 99373-4000
Telefax 0711 99373-4030