

Beratungsbogen für Erwachsene

Einwilligungserklärung / Schweigepflichtentbindungserklärung

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

die PVS rhein-ruhr GmbH (PVS), Remscheider Str. 16, 45481 Mülheim wird die Abrechnung der ärztlichen/therapeutischen Leistungen vornehmen, die Rechnung erstellen und die Honorarforderung bei Ihnen einziehen. Die PVS ist als eigenständiges Unternehmen Teil der Unternehmensgruppe PVS holding GmbH, die zugleich deren Muttergesellschaft ist. Die Muttergesellschaft übernimmt im Auftrag der PVS die Buchhaltung, stellt die EDV-Infrastruktur bereit samt Wartung und Pflege sowie den Druck und Versand der Post. Die PVS steht Ihnen im Rahmen der hierfür notwendigen Datenverarbeitung als datenschutzrechtliche Verantwortliche zur Wahrung Ihrer Rechte und für Rückfragen zur Verfügung. Die Mitarbeiter der vorgenannten Unternehmen sind Berufsgeheimnisträger und unterliegen der beruflichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes, so wie sie bei Ärztinnen und Ärzten vorgeschrieben sind. Die Honorarforderungen werden treuhänderisch an die PVS abgetreten. Die PVS erstellt die Rechnung in eigenem Namen, zieht die Honorarforderung ein und steht Ihnen als Ansprechpartnerin zur Verfügung. Dabei unterliegt die PVS bis zur endgültigen Bezahlung auch zur Höhe der Honorarforderung den Weisungen des Leistungserbringers, welcher insoweit Herr des Verfahrens bleibt.

Mit Ihrer Unterschrift willigen Sie in die Abtretung der Honorarforderung und in die Datenverarbeitung zwecks Rechnungserstellung, Forderungseinzug und zur Auswertung der ärztlichen Arbeit ein. Ihre persönlichen Behandlungsdaten, wie Anschrift, Geburtsdatum, Kostenträger, evtl. Tarife, Behandlungstage, erbrachte Leistungen nach der Gebührenordnung und dazugehörige Diagnosen werden hierzu an die oben genannten PVS-Unternehmen übermittelt. Die Behandlung ist natürlich nicht von dieser Einwilligung abhängig. Sie können auch einzelne Behandlungen von dieser Erklärung ausnehmen. Dann müsste der Leistungserbringer selbst die Abrechnung vornehmen. Nachteile entstehen Ihnen hierdurch nicht. Sie können Ihre Einwilligung mit Wirkung für die Zukunft jederzeit widerrufen. Bis zum Zeitpunkt des Widerrufs erfolgte Datenverarbeitungen bleiben rechtmäßig. Ihre Daten dürfen dann noch insoweit weiter verarbeitet werden, wie dies aufgrund gesetzlicher Vorschriften erforderlich ist. Der Widerruf kann gegenüber dem Leistungserbringer oder der PVS mittels schriftlicher Erklärung unter Angabe Ihres Namens und Anschrift (ggf. Rechnungsnummer) geschehen. Auch hierdurch entstehen Ihnen keine Nachteile. Weitergehende Informationen zum Thema Datenschutz bei der PVS und zu Ihren Rechten erfahren Sie unter: www.ihre-pvs.de/datenschutz

Hiermit willige ich in die Datenverarbeitung durch die PVS zu den vorgenannten Zwecken ein und entbinde insoweit den Leistungserbringer und dessen berufsmäßige Gehilfen zugleich von der ärztlichen Schweigepflicht.

Datum

Unterschrift Patient/in und/oder gesetzlicher Vertreter

Für gesetzlich versicherte Patienten

Ihre Krankenversicherung verlangt, dass die Krankenversicherungskarte zu jedem Praxisbesuch mitgebracht werden soll. Liegt die Versicherungskarte innerhalb von 14 Tagen nach der Behandlung (bzw. zur Rechnungsstellung) nicht vor, so muss die Behandlung als Privatbehandlung betrachtet werden und eine entsprechende Privatrechnung nach GOZ (Gebührenordnung für Zahnärzte) zugestellt werden.

Für alle Patienten

Bestellpraxis: Hinweis zur Organisation

Wir sind immer bemüht, Ihnen lange Wartezeiten zu ersparen. Deshalb bitten wir Sie, vereinbarte Termine mindestens 48 Stunden vorher abzusagen, falls Sie verhindert sind. Werden vereinbarte Termine nicht rechtzeitig vorher abgesagt, stellen wir Ihnen Praxis- und Behandlungsausfallkosten in Rechnung.

Ich bestätige hiermit diesen Anmeldebogen sorgfältig gelesen zu haben und die Fragen nach meinem besten Wissen und wahrheitsgemäß beantwortet zu haben.

Datum

Unterschrift

Patientenbogen für Erwachsene

Herzlich willkommen

in der Fachpraxis für Kieferorthopädie Dr. Höschel und Kollegen! Wir möchten uns mit Ihnen in Ruhe über Ihre kieferorthopädischen Wünsche unterhalten und Sie umfassend beraten. Dazu benötigen wir für den Beratungstermin neben Ihren Personalien auch medizinische Auskünfte. Wir nehmen Ihre Angaben selbstverständlich diskret entgegen.

Wird von der Praxis ausgefüllt

Pat.-Nr.:

Recall:

ja nein nach Monaten

Arzt:

Arztbr.:

ja nein

Ass.:

Patient (Zahlungspflichtiger Rechnungsempfänger)

Name:

PLZ/Ort:

Vorname:

Tel.Nr.:

Geburtsdatum:

Mobil:

Straße, Nr.:

Krankenkasse:

E-Mail:

Beruf:

Versicherungsart

- gesetzl. versichert
 freiwillig versichert
 privat voll-versichert
 Beihilfe
 Basistarif einer privaten Versicherung
 Zusatzversicherung für Kieferorthopädie
 Zusatzversicherung für PZR

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

- Bekannte / Verwandte
 Werbung (Anzeige Tagespresse/Fachzeitschrift etc.)
 Zus. informiert auf www.dr-hoeschel.de
 Arzt / Zahnarzt
 Internet (Arzt- oder Gesundheitsportale)
 Facebook / Instagram
 Sonstiges:

Anamnesebogen für Erwachsene

Zahnärztliche / Ärztliche Behandlung

Wer ist Ihr Zahnarzt? (Name, Adresse und Telefonnummer)

Soll Ihr Zahnarzt über die geplanten kieferorthopädischen Maßnahmen / den Verlauf der Behandlung informiert werden?

ja nein

Bestehen allgemeinmedizinische Erkrankungen, Allergien, Unverträglichkeiten, oder Infektionskrankheiten (z.B. Hepatitis)?

ja nein

Wenn ja, welche?

Nehmen Sie Medikamente ein? / Welche?

ja nein

Fragen zur Röntgenuntersuchung

Wurden Sie im letzten Jahr im Kopf-, Kiefer- oder Zahnbereich geröntgt?

ja nein

Hinweis: Unsere modernen Geräte gewährleisten eine möglichst geringe Strahlendosis.

Bei Frauen: Besteht derzeit eine Schwangerschaft?

ja nein

Fragen aus kieferorthopädischen Gründen

Wurden Sie schon einmal kieferorthopädisch behandelt oder beraten?

ja nein

Wenn ja, bei welchem Arzt?

Bestehen Kiefergelenksbeschwerden oder -knacken?

ja nein

Bestehen häufig Kopfschmerzen, Schmerzen im Gesichtsbereich oder beim Kauen?

ja nein

Welche?

Besteht oder bestand Zähneknirschen oder Zähnepressen?

ja nein

Gab es Unfälle mit Beteiligung der Zähne oder des Kiefers?

ja nein

Wenn ja, welche?

Besteht Mundatmung oder häufige Erkältung oder Schnarchen?

ja nein

Was?

Helfen Sie uns Sie besser kennen zu lernen

Warum sind Sie zu uns gekommen und was können wir für Sie tun?

Vielen Dank für Ihre Mithilfe.

Wir werden uns bemühen Ihren Aufenthalt bei uns so angenehm wie möglich zu gestalten.

Diese Angaben sind für eine vertrauensvolle Zusammenarbeit wie auch eine sachgerechte medizinische Behandlung erforderlich. Ihre Angaben werden streng vertraulich behandelt. Sie unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht gemäß § 203 des Strafgesetzbuches sowie den strengen Bestimmungen des Datenschutzgesetzes. Nur im Rahmen der Zusammenarbeit mit einer Abrechnungsgesellschaft werden abrechnungsspezifische Daten an diese weitergegeben.

Moderne Kieferorthopädie bedarf, wie alle medizinischen Bereiche, der Teamarbeit. Daher werden Teilleistungen auch von aus- und fortgebildeten Zahnarzhelferinnen nach vorheriger individueller Anordnung durch den Kieferorthopäden und unter dessen Aufsicht, Überwachung und Kontrolle erbracht. Wir möchten Sie bitten, vorhandene Röntgenaufnahmen des Kieferbereichs mitzubringen.