

Herzlich willkommen!

Das Team von Barth Zahnmedizin freut sich auf Ihren Termin in unserer Praxis. Damit wir uns optimal auf Sie und Ihre Erwartungen einstellen können, bitten wir Sie um das Ausfüllen des Anamnesebogens.

Angaben zu Ihrer Person

 Name, Vorname des Patienten _____
Geburtsdatum

 Name, Vorname des Versicherten (falls abweichend) _____
Geburtsdatum

 Straße/Nr. _____
PLZ/Ort

 Telefon (vorzugsweise Mobil) _____
E-Mail

 Private Krankenkasse _____
Gesetzliche Krankenkasse

Basistarif (nur bei „Private Krankenkasse“ auszufüllen) Zusatzversicherung

Allgemeine Angaben

Aus welchem Grund kommen Sie zu uns?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Vorsorge/Kontrolluntersuchung | <input type="checkbox"/> Probleme mit Zahnersatz |
| <input type="checkbox"/> Prophylaxe/Zahnreinigung | <input type="checkbox"/> Störende Zahnästhetik |
| <input type="checkbox"/> Zahnschmerzen | <input type="checkbox"/> Bleaching/Zahnaufhellung |
| <input type="checkbox"/> Zahnfleischbeschwerden | <input type="checkbox"/> Kiefergelenksbeschwerden |
| <input type="checkbox"/> Fehlende Zähne | <input type="checkbox"/> Schnarchen |
| <input type="checkbox"/> Implantatberatung | <input type="checkbox"/> Sonstiges |

Änderung: 18.01.2021	Geprüft: 18.01.2021	Freigabe: 18.01.2021
von: Barth, Sebastian	von: Barth, Sebastian	von: Barth, Sebastian

Haben oder hatten Sie eine der folgenden Erkrankungen? ja nein ggf. Ergänzungen

- | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|-------|
| Herz- oder Kreislauferkrankungen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Infektionskrankheiten (z.B. Hepatitis, AIDS, HIV, Tuberkulose) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Innere Krankheiten (z.B. Diabetes, Blutgerinnungsstörungen) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Allergien (auch gegen Medikamente) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Nehmen Sie momentan Medikamente ein? (Welche?) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Sind Sie schwanger? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |

Möchten Sie uns noch etwas hinsichtlich Ihres Gesundheitszustandes mitteilen?

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? (nur für Neupatienten)

- Familie, Freunde
 Patientenbewertungsportal (Jameda)
 Suchmaschine (Google)
 Social Media (Facebook, Instagram)
 Sonstiges

Erinnerungsservice

Wie möchten Sie an Ihre regelmäßigen Kontrolluntersuchung/Zahnreinigung erinnert werden?

- SMS
 E-Mail
 Brief

EU-DSGVO Datenschutzeinwilligung

Ich willige der Erhebung, der elektronischen Speicherung und Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten unter Beachtung der einschlägigen Vorschriften der nationalen Datenschutzgesetze sowie der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) ein. Die Informationen zur Erhebung personenbezogener Daten sind gemäß EU-Datenschutzgrundverordnung (EU-DSGVO) in der Praxis an der Rezeption einsehbar.

_____ Datum

_____ Unterschrift

Änderung: 18.01.2021	Geprüft: 18.01.2021	Freigabe: 18.01.2021
von: Barth, Sebastian	von: Barth, Sebastian	von: Barth, Sebastian

Krankenkasse bzw. Kostenträger:

Angaben d. Patient*in

Name, Vorname, Anschrift d. Patient*in:

Geboren am:

Angaben d. Rechnungsempfänger*in

Name, Vorname, Anschrift d. gesetzlichen Vertreter*in/Rechnungsempfänger*in:

Geboren am:

* Eltern/Vormund/Betreuer*in bei Patient*innen unter 18 Jahren/Geschäftsunfähigen/beschränkt Geschäftsfähigen.

Weitere Informationen zur Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten können Sie abrufen unter: www.healthag.de/datenschutz

Einwilligungserklärung

Der/die Patient*in, ggf. der/die gesetzliche Vertreter*in mit Alleinvertretungsmacht, erklärt:

Ich bin einverstanden

- mit der Übermittlung der zum Zwecke der Abrechnung und Geltendmachung von Forderungen aus der Behandlung erforderlichen Informationen, einschließlich Gesundheitsdaten (Name, Anschrift, Geburtsdatum, Befunde, Maßnahmen und Ergebnisse, Behandlungsverläufe), an die Health Coevo AG, Lübeckertordamm 1–3, 20099 Hamburg, kurz Health AG, und der zu diesem Zweck dort erfolgenden Verarbeitung,
- mit der Rechnungsstellung durch die Health AG in eigenem Namen und auf eigene Rechnung sowie der Abtretung der Forderung(en) an die Health AG und entbinde insoweit meine Behandelnden und ihre berufsmäßig tätigen Gehilf*innen (vgl. Stempel) sowie die Health AG von der Schweigepflicht, sofern dies für die Geltendmachung der Forderung(en) durch die Health AG erforderlich ist. Ich weiß, dass Einwände gegen die Forderung(en) gegenüber der Health AG zu erheben und dabei unter Umständen Einzelheiten aus der Behandlung offenzulegen sind und meine Behandelnden und ihre berufsmäßig tätigen Gehilf*innen im Rahmen einer möglichen Auseinandersetzung mit der Health AG als Zeug*innen vernommen werden können.

Ich bin ferner damit einverstanden, dass die Health AG Informationen über meine Bonität bei Wirtschaftsauskunfteien einholt. Zu diesem Zweck stellen die CRIF Bürgel GmbH (Leopoldstr. 244, 80807 München) und/oder die Creditreform Boniversum GmbH (Hellersbergstr. 11, 41460 Neuss) Adress- und Bonitätsdaten einschließlich auf Basis eines wissenschaftlich anerkannten mathematisch-statistischen Verfahrens ermittelter Wahrscheinlichkeitswerte zur Verfügung. In die Berechnung von Wahrscheinlichkeitswerten fließen ggf. Anschriftendaten ein.

Ich erteile meine Einwilligung freiwillig und bin darüber informiert, dass eine Behandlung nicht von der Erteilung abhängig ist. Meine Zustimmung gilt auch für zukünftige Behandlungen und kann von mir jederzeit mit Wirkung für die Zukunft gegenüber meinen Behandelnden und ihren berufsmäßig tätigen Gehilf*innen oder der Health AG widerrufen werden. Die bis zum Widerruf getätigte Datenverarbeitung sowie erfolgte Rechnungsstellung der Health AG bleiben hiervon unberührt.

Datum

Praxis-/Klinikstempel

Unterschrift Patient*in/ ggf. gesetzlicher/
gesetzliche Vertreter*in

Wichtige Informationen zu Ihrer Privatabrechnung (Art. 12 ff. DSGVO in Verbindung mit §§ 32 ff. BDSG-neu) und zu Ihrer Bonitätsprüfung

Liebe Patientin, lieber Patient,

wir möchten uns ganz auf Sie und Ihre Behandlung konzentrieren. Deshalb haben wir uns dafür entschieden, das Management unserer Patientenrechnungen an eine Partnerin unseres Vertrauens zu übergeben. Die Health Coevo AG, kurz Health AG, ermöglicht die zügige und korrekte Bearbeitung Ihrer Rechnungen. Das entlastet uns in unserer Verwaltung und somit haben wir mehr Zeit für Sie. Wenn Sie Fragen zur Rechnung haben oder in bequemen Raten zahlen möchten, kontaktieren Sie gern die Health AG. Ihre Angaben sind dort in guten Händen. Ihre Daten werden von dem Unternehmen so behandelt, wie es die Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) und das Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) vorschreiben, und nicht unbefugt an Dritte weitergegeben. Damit die Abrechnung in Zusammenarbeit mit der Health AG möglich wird, benötigen wir Ihr schriftliches Einverständnis.

Die von der Health AG verarbeiteten Gesundheitsdaten werden ab Zweckfortfall gesperrt und nach Ablauf der gesetzlichen Aufbewahrungsfristen gelöscht. Sie haben das Recht, über die Sie betreffenden personenbezogenen Daten Auskunft zu erhalten. Auch können Sie die Berichtigung unrichtiger Daten verlangen. Darüber hinaus steht Ihnen unter bestimmten Voraussetzungen das Recht auf Löschung von Daten, das Recht auf Einschränkung der Datenverarbeitung sowie das Recht auf Datenübertragbarkeit zu. Ihre Anliegen zum Datenschutz richten Sie bitte unmittelbar an die/den Datenschutzbeauftragte/-n der Health AG, E-Mail: datschutz@healthag.de. Weitere Informationen zum Datenschutz bei der Health AG finden Sie unter www.healthag.de/datschutz

Sie haben ferner das Recht, sich bei der zuständigen Aufsichtsbehörde für den Datenschutz zu beschweren, wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht rechtmäßig erfolgt. Die Kontaktdaten der zuständigen Aufsichtsbehörde lauten:

Der Hamburgische Beauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit
Kurt-Schumacher-Allee 4 | 20097 Hamburg
T +49 40 42854-4040/4000 | mailbox@datschutz.hamburg.de

Bitte unterschreiben Sie hierfür diese Einwilligungserklärung.
Vielen Dank!

Ihr Praxis-/Klinikteam

Health Coevo AG
Patientenservice
Lübeckertordamm 1-3
20099 Hamburg
T +49 40 524 709-000
info@healthag.de
www.healthag.de