



Patient(in)

Name:..... Vorname:..... geb.:.....
Strasse:.....
PLZ:..... Ort:..... Telefon privat:.....
Fax privat: E-Mail:.....
Tel. geschäftl.:..... Mobiltelefon:.....
Arbeitgeber:..... Beruf:.....
Bezeichnung der gesetzl.Krankenkasse:
Beihilfeberechtigt? ja nein Freiwillig versichert? ja nein
Zusatzversicherung: ja nein wenn ja, bei wem:.....
Falls zutreffend, Pflegestufe:.....

Versicherte(r) / Erziehungsberechtigte(r) / Betreuer(in) (nur wenn anders als oben)

Name:..... Vorname:..... geb.:.....
Strasse:.....
PLZ:..... Ort:..... Telefon privat:.....
Arbeitgeber:..... Beruf:.....

Zwischen der/dem oben genannten Patientin/en und Dr. Elio Adler wird hiermit ein **Behandlungsvertrag** geschlossen.

Dr. E. Adler kann mit Zustimmung des/der Patientin/Patienten die Leistungen auch von anderen Zahnärzten der Praxis durchführen lassen. Die **Behandlung** erfolgt, sofern der Patient nichts anderes wünscht, **gemäß den Richtlinien der gesetzlichen Krankenkassen**, nämlich **ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich**. Die Leistungen werden, soweit vom Gesetzgeber so vorgesehen, direkt über die **Krankenversichertenkarte** abgerechnet. Der/Die Patient(in) wurde informiert, daß ihm/ihr die Behandlungskosten in Rechnung gestellt werden, sofern er/sie nicht innerhalb von 10 Tagen bzw. (falls früher) vor Quartalsende einen Zahnbehandlungsschein oder eine Krankenversicherungskarte der gesetzlichen Krankenkasse vorlegt.

Für **Behandlungen, die nicht von den gesetzlichen Krankenkassen bezahlt werden**, erhält er/sie nach vorheriger Absprache eine **Privatrechnung**.

Immer mehr gesetzlich Versicherte, wählen für einzelne Behandlungen **private, höherwertige oder aufwändigere Behandlungsverfahren, als die im Vertrag mit den gesetzlichen Krankenkassen vorgesehenen**. Für solche Behandlungen gilt ist die amtliche **Privat-Gebührenordnung** für Zahnärzte (GOZ) und für Ärzte (GOÄ).

Im Falle der Nicht-Zustimmung bitte ggf. Streichen:

Persönliche Haftung

Unabhängig vom Eintreten einer Zusatzversicherung oder Beihilfe haftet der **Patient** persönlich für die den Eigenanteil der **Kosten** der Behandlung und für die dafür erforderlichen Material- und Laborkosten. Erziehungsberechtigte treten den Verbindlichkeiten ihrer Kinder bei.

Einige **Versicherungen/Beihilfen** erstatten nicht den vollen Rechnungsbetrag, weil sie andere Rechtsauffassungen oder individuelle Vertragsinhalte haben. Leider wird dabei gelegentlich der Eindruck erweckt, die zahnärztliche Abrechnung sei nicht korrekt. Sollten Sie Fragen zu Ihrer

Rechnung haben, bitten wir Sie, sich direkt mit uns in Verbindung zu setzen. Die **Abtretung/Verpfändung** aller Ansprüche und Forderungen, die sich seitens des Patienten aus dieser Behandlung ergeben, sind gemäß § 399, Satz 1, 2 Alt. BGB ausgeschlossen – gesetzlich geregelte Forderungsübergänge sind davon ausgenommen.

Material- und Laborkosten, Heil- und Kostenpläne

Materialkosten werden in der Rechnung spezifiziert; Laborkosten werden durch die Rechnung des erstellenden Labors nachgewiesen. Auf Wunsch des Patienten werden für geplante Behandlungen Heil- und Kostenpläne erstellt. Die Einholung individueller Laborkostenvoranschläge gilt hiermit als angeboten.

Datenschutz

Der/Die Patient(in) stimmt der **Speicherung personenbezogener Daten** (Stammdaten, Befunde, Behandlungen, Dokumentation, Bilder usw.) für den Zweck der Patientenbetreuung und Behandlungsdokumentation und Abrechnung durch die Praxis zu. Diese Zustimmung kann jederzeit schriftlich oder durch E-Mail an die Praxis widerrufen werden (Art. 7 Abs. 3 DSGVO). Dies führt dann zu einer Kündigung des Behandlungsvertrags durch die Praxis. Auf Grundlage der EU-DSGVO können Sie uns gegenüber – beschränkt z. B. durch gesetzliche Fristen oder Rechte oder Gewährleistungs- oder Haftungsansprüchen – auf Berichtigung und Löschung Ihrer Daten bestehen, Auskunft über die von uns gespeicherten Daten verlangen bzw. die Datenverarbeitung und Datenweitergabe einschränken.

Eine **Weitergabe Ihrer** personenbezogenen **Daten** z. B. an Ihre Krankenversicherung, an die Unfallversicherung, den medizinischen Dienst der Krankenkassen erfolgt nur, wenn wir gesetzlich dazu verpflichtet sind, die Weitergabe im Rahmen unseres Behandlungsvertrages erforderlich ist oder Sie in die Weitergabe eingewilligt haben.

Die von uns gespeicherten Daten werden gelöscht, wenn Sie für den Zweck der Erhebung, Speicherung und Verwendung nicht mehr benötigt werden oder nicht mehr bestehen. Vermuten Sie einen Verstoß gegen das Datenschutzrecht, dann sprechen Sie uns bitte an. Auch steht Ihnen die Beschwerde beim **Landesbeauftragten für Datenschutz** in Berlin offen: Berliner Beauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit, Friedrichstr. 219, 10969 Berlin
Der/Dem Patient(in) ist bekannt, dass der jederzeit mögliche Widerruf der Einwilligung die Rechtmäßigkeit der bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt (Art. 7 Abs. 3 Satz 2 **DSGVO**). Der/die Patient(in) stimmt zu, dass seine/ihre Daten im selben **EDV-Verwaltungssystem** verarbeitet werden, wie die am selben Ort arbeitenden: dental doctores adler und InterSleep.

Kommunikation

Ferner sind Sie einverstanden, dass wir mit Ihnen und unseren Kooperationspartnern und Kostenträgern per **unverschlüsselter E-Mail**, Post und SMS kommunizieren Ihre medizinische Daten übermitteln dürfen.

Terminabsagen

Patienten können **Termine** spätestens 24 Stunden vor dem vereinbarten Termin kostenlos **absagen**. Das danach entstehende Ausfallhonorar (85 EUR/angefangene 30 Minuten) entfällt, wenn das Nichterscheinen unverschuldet ist.

Minderjährige

Im Falle von **Minderjährigen**, für die der/die **Erziehungsberechtigte(n)** unterschreiben gilt, dass sie mit ihrer Unterschrift erklären, entweder das alleinige **Sorgerecht** zu haben oder aber von dem/der weiteren Erziehungsberechtig/en **bevollmächtigt** zu sein, Behandlungsverträge zu schließen.

Schweigepflichtentbindungserklärung für Online-Terminvereinbarung

Um meine Termine 24h online in der Praxis über das Internet buchen zu können, willige ich ein, dass meine Zahnarztpraxis an den Hersteller der Praxissoftware, mit dem diese Praxis arbeitet, Fa. Dampsoft weiterleitet. Die übertragenen Daten sind Familienname, Vornamen, Geburtsdatum, Geschlecht, Rufnummern Mobil, E-Mailadresse, Passwort, Behandlungstermin (Datum, Uhrzeit), Behandlungsart, Patientennummer und Festnetzzrufnummer. Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

Zum Betrieb der Webanwendung nutzt Dampsoft die Dienstleistungen von Unterauftragnehmern zum Hosting der Server und zur Übermittlung von SMS-Terminerinnerungen. Dabei ist sichergestellt,

dass die jeweiligen Unterauftragnehmer geeignete und angemessene technische und organisatorische Maßnahmen zum Schutz der personenbezogenen Daten getroffen haben.

Sonstiges

Die **Aushändigung** einer Kopie dieses Vertrages gilt hiermit als angeboten.

Gerichtsstand ist Berlin. Es gilt das Recht der BRD.

Berlin, den.....

.....

.....

Unterschrift Patient (bzw. Erziehungsberechtigter)

Unterschrift Zahnarzt

Intern: ausgewiesen durch Versichertenkarte Dokument..... No.:

angest. ZÄ

Checkliste zum aktuellen Gesundheitszustand

Alle Angaben unterliegen streng der ärztlichen Schweigepflicht. Die Beantwortung der **roten Fragen** ist **unverzichtbar**, die der **grünen Fragen freiwillig** – je mehr wir über Sie wissen, desto besser können Sie behandelt werden.

- Meine Ernährung ist** „normal“ gesund und ausgewogen Diät
Rauchen Nichtraucher 0 - 10 Zigaretten pro Tag über 10 Zigaretten
Alkohol Ich trinke sehr selten / keinen Alkohol Ich trinke manchmal Alkohol Ich trinke häufiger Alkohol

- Medikamente** Ich nehme folgende Medikamente/Präparate ein
Bitte geben Sie auch Schlaf-, Schmerz-, Beruhigungs- und Abführmittel, Pille an

-
 Ich nehme keine Medikamente Bisphosphonattherapie

- Erkrankungen** Ich bin z.Zt. in ärztlicher Behandlung wegen:

Teilen Sie uns bitte Veränderungen Ihrer Gesundheit immer umgehend & ungefragt mit!

Ich leide an folgenden Krankheiten:

- OPs im Kopf-/Halsbereich:
 Allergien gegen:
 Lungen- und Atemwegserkrankungen (Asthma) Lebererkrankungen
 Nierenerkrankungen Stoffwechselerkrankungen (z.B. Zucker)
 Schilddrüsenerkrankungen Hauterkrankungen
 Augenerkrankungen (z.B. grüner Star) Nervenleiden (z.B. Krampfanfälle)
 Gemütsleiden, Depressionen Erkrankungen des Skelettsystems
 Bluterkrankungen / Gerinnungsstörungen Kreislauf- und Gefäßserkrankungen
 Infektionskrankheiten (z.B. Hepatitis B/C, HIV) Herzerkrankungen

Nur für Frauen: Ich bin schwanger Ich stille gerade Menopause

Einige weitere Fragen

Ich wurde das letzte Mal an den Zähnen geröntgt im Jahre

- Ich bin in homöopathischer Behandlung ja nein
Ich bin mit meinen Zähnen sehr zufrieden zufrieden unzufrieden völlig unzufrieden
Ich habe Zahnfleischbluten ja nein manchmal
Ich leide unter Mundgeruch ja nein manchmal
Ich schnarche oft nie manchmal weiß nicht
Ich beobachte Zahnlockerung oder habe schon Zähne durch Parodontose verloren ja nein weiß nicht
Ich knirsche mit den Zähnen oder habe manchmal verspannte Kaumuskeln ja nein

- Ich wünsche eine spezielle Beratung über** Prophylaxe/Zahnerhaltungsprogramm Ernährung
 Füllungsalternativen Kiefergelenksbehandlung Implantate Kinderuntersuchung
 Leistungen bei Schwangerschaft Schönheit meines Lächelns Schnarchtherapie

Ich komme auf Überweisung Empfehlung von:.....

Ich möchte regelmäßig an meine Gesundheitscheck-Termine erinnert werden ja nein

ausgefüllt am:..... von:.....

Name und Vorname Patient:

geb. am:

Telefon:

Adresse

Versicherungsstatus

Einverständniserklärung

Ich erkläre mich einverstanden mit der

- Abtretung der sich aus der Behandlung ergebenden Forderungen durch meine/n Zahnärztin/Zahnarzt an die mediserv Bank GmbH (nachfolgend: mediserv);
- Weitergabe der zum Zwecke der Abrechnung und Geltendmachung der Forderungen jeweils erforderlichen Informationen, insbesondere Daten aus der Patientenakte (Name, Geburtsdatum, Anschrift, Behandlungsdaten, Leistungsziffern, Beträge, Befunde, Diagnosen) durch meine/n Zahnärztin/Zahnarzt an mediserv und der dortigen Datenverarbeitung und entbinde meine/n Zahnärztin/Zahnarzt insoweit von ihrer/seiner ärztlichen Schweigepflicht;
- möglichen Übermittlung personenbezogener Daten (Name, Geburtsdatum, Anschrift) durch mediserv an Auskunftsteil (infoscore Consumer Data GmbH, Rheinstr. 99, 76532 Baden-Baden sowie die WID Wirtschafts-Informations-Dienst GmbH, Schwägerichenstr. 3, 04107 Leipzig u. a.) zwecks Einholung von Informationen zur Einschätzung meiner Zahlungsfähigkeit sowie zum Zwecke der Anschriftenermittlung und entbinde die Mitarbeiter der mediserv insoweit von der Schweigepflicht.

Ich wurde darüber aufgeklärt, dass mediserv die Leistungen meiner Zahnärztin/meines Zahnarztes mir gegenüber im eigenen Namen in Rechnung stellen und für eigene Rechnung einziehen wird.

Sollte es über die Berechtigung der Forderung unterschiedliche Auffassungen geben, kann die Zahnärztin/der Zahnarzt in einer etwaigen Auseinandersetzung als Zeugin/Zeuge gehört werden. Ich entbinde meine/n Zahnärztin/Zahnarzt sowie die Mitarbeiter der mediserv gegenüber den Beteiligten eines ggf. durchzuführenden Mahn- oder Streitverfahrens von der Schweigepflicht.

Ich bin darüber informiert, dass meine Behandlung nicht von der Zustimmung zur vorbeschriebenen Verfahrensweise abhängt. Meine Zustimmung erfolgt freiwillig und gilt auch für zukünftige Behandlungen; ich kann diese jederzeit mit sofortiger Wirkung für die Zukunft widerrufen. Die Rechtmäßigkeit der auf Grundlage meiner Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Datenverarbeitung bleibt hiervon unberührt.

Wird die Erklärung als Sorgeberechtigte/r eines Minderjährigen abgegeben, so versichere ich, dass auch der/die weitere Sorgeberechtigte mit den vorangehenden Regelungen einverstanden ist.

Ein Exemplar dieser Einverständniserklärung habe ich erhalten.

Ort, Datum

Unterschrift Patient bzw. gesetzlicher Vertreter

Praxisstempel

Gesetzlicher Vertreter:

Name, Vorname

Geburtsdatum

Adresse (falls abweichend)

Liebe Patientin, lieber Patient,

um mehr Zeit für Ihre Behandlung und Betreuung zu haben, halten wir unseren Verwaltungsaufwand möglichst gering. Daher übertragen wir die Abrechnung an unseren Partner: **mediserv Bank GmbH** (nachfolgend: mediserv), 66094 Saarbrücken.

Für alle Fragen zur Abrechnung erreichen Sie bei mediserv kompetente Ansprechpartner:

Tel.: 06 81 / 4 00 07 89 E-Mail: service@arztrechnung.de
 Fax: 06 81 / 4 0 00 76 Internet: www.arztrechnung.de

Die Mitarbeiter der mediserv unterliegen gemäß § 203 StGB der Schweigepflicht. mediserv verarbeitet Patientendaten mit höchster Sorgfalt und absoluter Vertraulichkeit gemäß den Bestimmungen der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO).

Für das Verfahren benötigen wir Ihr schriftliches Einverständnis. Wir bitten Sie deshalb um Ihre Zustimmung durch Unterzeichnung umseitiger Erklärung.

Vielen Dank für Ihr Vertrauen,
 Ihre Praxis / Klinik

Informationen zum Datenschutz nach Art. 13 sowie 14 DSGVO

Die mediserv Bank GmbH (nachfolgend: mediserv) verarbeitet personenbezogene Daten im Einklang mit den Bestimmungen der DSGVO sowie des BDSG.

1. Name und Kontaktdaten der verantwortlichen Stelle sowie des betrieblichen Datenschutzbeauftragten

Verantwortliche Stelle: mediserv Bank GmbH, 66094 Saarbrücken, Geschäftsführer: Björn Clüßerath und Hendrik Hamm.

Der betriebliche Datenschutzbeauftragte der mediserv ist unter o. g. Anschrift –Abteilung Datenschutz– oder per E-Mail unter datenschutz@mediserv.de erreichbar. Eine unverschlüsselte Kommunikation per E-Mail kann Sicherheitslücken aufweisen und ein lückenloser Schutz vor Zugriffen Dritter ist nicht möglich.

2. Zwecke der Datenverarbeitung durch mediserv

mediserv verarbeitet personenbezogene Daten zum Zwecke der Abrechnung und Geltendmachung von Forderungen aus Heilbehandlung.

3. Rechtsgrundlagen der Datenverarbeitung

mediserv verarbeitet personenbezogene Daten auf Grundlage der Bestimmungen der DSGVO. Die Verarbeitung erfolgt auf Basis von Art. 6 Abs. 1 lit a (Einwilligung) sowie ergänzend Art. 6 Abs. 1 lit c (notwendig zur Erfüllung einer rechtlichen Verpflichtung) der DSGVO. Einwilligungen, einschließlich solcher Einwilligungen, die bereits vor Inkrafttreten der DSGVO erteilt wurden, können jederzeit gegenüber mediserv widerrufen werden. Der Widerruf Ihrer Einwilligung berührt nicht die Rechtmäßigkeit der bis zum Widerruf verarbeiteten personenbezogenen Daten.

4. Herkunft der Daten

mediserv verarbeitet Daten, so wie diese durch den zur Übermittlung von Daten ermächtigten Heilberufsangehörigen mitgeteilt werden; daneben können durch mediserv zwecks Bonitätsprüfung Daten von Auskunftsteilen herangezogen werden.

5. Kategorien personenbezogener Daten, die verarbeitet werden

Name, Vorname, Anschrift, Geburtsdatum, Behandlungsdaten, Befunde, Diagnosen, Leistungsziffern und Beträge und durch Auskunftsteile mitgeteilte Informationen zu vorangegangenen vertragswidrigen Zahlungsverhalten (Informationen über unbestrittene, fällige und mehrfach an-

gemahnte oder titulierte Forderungen sowie deren Erledigung, Informationen aus öffentlichen Verzeichnissen und amtlichen Bekanntmachungen)

6. Kategorien von Empfängern der personenbezogenen Daten

Auskunftsteile ausschließlich zum Zwecke der Bonitätsprüfung sowie zur Anschriftenermittlung; staatliche Stellen sowie mit staatlichen Aufgaben und öffentlich-rechtlichen Befugnissen ausgestattete privatrechtliche Stellen, soweit dies durch zwingend zu beachtende gesetzliche oder verwaltungsrechtliche Vorschriften oder durch staatliche Anordnung vorgegeben ist.

7. Dauer der Datenspeicherung

mediserv speichert personenbezogene Daten nur für einen bestimmten Zeitraum. Maßgebliches Kriterium für die Festlegung dieses Zeitraums ist die Erforderlichkeit der Datenspeicherung zur Erreichung des vereinbarten Zwecks. Dabei werden handels- und steuerrechtliche sowie bankaufsichtsrechtliche Aufbewahrungsfristen in die Beurteilung der Zweckerreichung einbezogen. Danach kann die Speicherdauer zu bestimmten Daten bis zu zehn Jahre nach Beendigung der Geschäftsbeziehung betragen.

8. Betroffenenrechte

Jede betroffene Person hat gegenüber mediserv das Recht auf Auskunft nach Art. 15 DSGVO, das Recht auf Berichtigung nach Art. 16 DSGVO, das Recht auf Löschung nach Art. 17 DSGVO und das Recht auf Einschränkung der Verarbeitung nach Art. 18 DSGVO. Darüber hinaus besteht die Möglichkeit, sich an die für mediserv zuständige Aufsichtsbehörde, das Unabhängige Datenschutzzentrum Saarland, zu wenden. Nach Art. 21 Abs. 1 DSGVO kann der Datenverarbeitung aus Gründen, die sich aus der besonderen Situation der betroffenen Person ergeben, gegenüber mediserv widersprochen werden. Einwilligungen können jederzeit gegenüber mediserv widerrufen werden. Wollen Sie Ihr Recht auf unentgeltliche Auskunft nach Art. 15 DSGVO über die bezüglich Ihrer Person gespeicherten Daten, deren Herkunft und Empfänger oder Kategorien von Empfängern sowie den Zweck der Speicherung geltend machen, so teilen Sie uns bitte Name, Vorname(n), Geburtsdatum sowie aktuelle Anschrift mit, damit wir eine eindeutige Identifizierung Ihrer Person vornehmen können. Die Auskunft werden wir Ihnen sodann schriftlich erteilen.