



Herzlich willkommen in unserer Praxis!

Bevor wir uns in Ruhe über Ihre kieferorthopädischen Wünsche oder Sorgen unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine adäquate und risikofreie Behandlung. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Haben Sie Fragen oder gibt es Unklarheiten beim Ausfüllen der unteren Daten, helfen wir Ihnen gerne weiter.

Ihr Praxisteam

Personalien

Patient:

Name

Vorname

Geburtsdatum

Geburtsort

Anschrift:

PLZ

Ort

Straße

Tel.-Privat

Tel.-Handy

Email-Adresse

Versicherter:

Falls abweichend:

Name

Vorname

Geburtsdatum

Krankenkasse:

Pflichtversichert

freiwillig versichert

Privatversicherung: _____

Ich erkläre mein Einverständnis, dass ich per E-Mail/Telefon kontaktiert werden darf: Ja Nein

Name des Hauszahnarztes: _____

Hinweis:

Patienten, die von ihrem Hauszahnarzt für spezielle Behandlungen an uns überwiesen wurden, bitten wir, nach Abschluss der Behandlung diesen zur Weiterbehandlung wieder aufzusuchen. Aus Respekt den überweisenden Zahnärzten gegenüber, haben wir uns verpflichtet, Patienten, die nur für bestimmte Behandlungsschritte an uns überwiesen wurden, nicht als eigene Patienten für reguläre Zahnbehandlungen aufzunehmen.

Wie wurden Sie auf uns aufmerksam?

Empfehlung, wenn ja von wem: _____

Internet: Google Jameda Telefonbuch Gelbe Seiten Sonstiges: _____



Gesundheitsfragen

Wegen welcher Krankheit werden oder wurden Sie behandelt?

- Allgemeine Fragen:**
- Knirschen oder pressen Sie mit Ihren Zähnen? Ja Nein
Leiden Sie unter Kopfschmerzen oder Migräne? Ja Nein
Haben Sie Verspannungen an der Nacken- oder Schultermuskulatur? Ja Nein
Rauchen Sie? Ja Nein
- Herzerkrankungen:**
- Herzschwäche (Insuffizienz) Ja Nein
Unregelmäßiger Herzschlag (Arrhythmien) Ja Nein
Herzasthma, Angina pectoris Ja Nein
Herzschrittmacher Ja Nein
- Kreislaufkrankungen:**
- Zu hoher Blutdruck Ja Nein
Zu niedriger Blutdruck Ja Nein
Herzinfarkt, wann? _____ Ja Nein
Einnahme gerinnungshemmender Medikamente Ja Nein
Ohnmachtsanfälle Ja Nein
- Stoffwechselerkrankungen:**
- Zuckerkrankheit Ja Nein
Magen-Darm-Erkrankungen Ja Nein
Schilddrüsenerkrankungen Ja Nein
- Immunsystem:**
- Leiden Sie unter Erkrankungen des Immunsystems? Ja Nein
Wenn ja, welche? _____
- Allergien / Unverträglichkeiten:**
- Lokalanästhetika Ja Nein
Schmerzmittel Ja Nein
Antibiotika Ja Nein
Metalle Ja Nein
Andere: _____
- Infektionskrankheiten:**
- Leberentzündungen/Gelbsucht (Hepatitis A oder B): ____ Ja Nein
Tuberkulose Ja Nein
AIDS, HIV Ja Nein
Creutzfeld-Jakob/MRSA/Sonstiges: _____ Ja Nein
- Nehmen Sie zurzeit Medikamente?** Ja Nein
Wenn ja, welche? _____
Frühere Röntgenuntersuchungen an den Zähnen? Ja Nein
Wenn ja, wann? _____
- Für Frauen:**
- Sind Sie schwanger? Welcher Monat? _____ Ja Nein

Ich nehme zur Kenntnis und wurde nochmals darauf hingewiesen, dass nach der Lokalanästhesie (Betäubungsspritze) meine Fahrtüchtigkeit stark eingeschränkt sein kann und im Falle eines Unfalls keine Versicherung für evtl. Schäden aufkommt.

Im Falle von Überweisungen erkläre ich mich einverstanden, dass meine Unterlagen an Kollegen übermittelt werden. Die „Informationen zur Erhebung personenbezogener Daten“ sind in der Praxis einsehbar.

Datum

Unterschrift



Maul & Sammain
Zahnmedizin
Kieferorthopädie
CMD

Wallbrunnstraße 26
79539 Lörrach
Tel.: 07 621 9357 111
www.zahnarzt-maul-sammain.de

Hinweise für den Patienten zur Abrechnung

Liebe Patientin, lieber Patient

Um mehr Zeit für Ihre Behandlung und Betreuung zu haben, halten wir unseren Verwaltungsaufwand so gering wie möglich. Deshalb haben wir die Abrechnung an unseren Partner übertragen.

PVS-MEFA Reiss GmbH
Erzbergerstr. 25
78224 Singen
Telefon 07731/9901-0

Die PVS-MEFA Reiss GmbH unterliegt als Abrechnungsgesellschaft den einschlägigen Bestimmungen des Bundesdatenschutzgesetzes und verarbeitet Patientendaten mit höchster Sorgfalt und absoluter Vertraulichkeit.

Für alle Fragen zur Abrechnung stehen Ihnen bei PVS-MEFA Reiss Ansprechpartner zur Verfügung. PVS-MEFA Reiss GmbH bietet Ihnen darüber hinaus auch einen Online-Service rund um die Uhr unter www.pvs-mefa.de

Für dieses Abrechnungsverfahren benötigen wir Ihr schriftliches Einverständnis. Wir bitten Sie deshalb um Ihre Zustimmung durch Unterzeichnung der umseitigen Erklärung.

Vielen Dank für Ihr Vertrauen!

Ihre Gemeinschaftspraxis für umfassende Zahnmedizin
Dr. med. dent. Johanna Maul & Dr. med. Dr. med. dent. Simon Sammain



Einverständniserklärung

Name Patient

Vorname Patient

geb. am:

Straße

PLZ/Ort

Ich erkläre mich einverstanden mit der

- Weitergabe der zum Zwecke der Abrechnung und Geltendmachung jeweils erforderlichen Informationen, insbesondere von Daten aus der Patientenakte, an die PVS-MEFA Reiss GmbH. Hierbei handelt es sich um Name, Anschrift, Geburtsdatum, Kostenträger, die erbrachte Leistung gem. den Gebührenordnungen sowie die dazugehörigen Diagnosen, Befunde, Rechnungsbeträge, Laborrechnungen und Formulare.
- Abtretung der sich aus der Behandlung ergebenden Forderungen auf Begleichung der Behandlungskosten an die PVS Reiss GmbH.
- Weiterabtretung der Forderung im Rahmen der Refinanzierung an die refinanzierenden Banken (apoBank, Sparkasse Hegau-Bodensee). Ich kann jederzeit das betreffende Kreditinstitut bei meinem Behandelnden und/oder der PVS Reiss GmbH erfragen.

Ich wurde darüber aufgeklärt, dass die PVS-MEFA Reiss GmbH die Leistungen meine Behandelnden mir gegenüber ausschließlich auf dessen Weisung im eigenen Namen in Rechnung stellen und auf eigene Rechnung einziehen wird. Sollte es über die Berechtigung der Forderung unterschiedliche Auffassungen geben, kann mein Behandelnder in einer etwaigen Auseinandersetzung als Zeuge gehört werden. Ich entbinde hiermit meinen Behandelnden von seiner ärztlichen Schweigepflicht, soweit dies für die Abrechnung und die Geltendmachung der Forderung erforderlich ist.

Ich bin damit einverstanden, dass meine persönlichen Daten sowie meine Behandlungsdaten der PVS Reiss GmbH zur Rechnungstellung und zur Geltendmachung – ggf. elektronisch – erhoben, gespeichert, verarbeitet, genutzt und übermittelt werden. Die PVS Reiss GmbH verpflichtet sich und evtl. Dienstleister zur Verschwiegenheit sowie zur Einhaltung des Datenschutzes.

Diese Erklärung gilt auch für zukünftige Behandlungen und kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft über Ihren Behandelnden oder die PVS Reiss GmbH schriftlich widerrufen werden.

Ort, Datum

Unterschrift Patient bzw. gesetzlicher Vertreter

Gesetzlicher Vertreter:

Name, Vorname

Geburtsdatum

Adresse (falls abweichend)