



zahnmedizin im zooiertel

Patientendaten

Patient: _____

geb.am: _____

Geburtsort: _____

Anschrift: _____

Name der Krankenkasse/Zweigstelle: _____

Versicherungsnummer: _____

Bei einer gesetzlichen Kasse:

Pflichtversichert ja [] nein []

Freiwillig versichert ja [] nein []

Privat zusatzversichert ja [] nein []

Haben Sie Kostenerstattung gewählt? ja [] nein []

Bei einer Privatversicherung:

Standardtarif? ja [] nein []

Basistarif? ja [] nein []

Studentisch versichert? ja [] nein []

Beihilfeberechtigt? ja [] nein []

Telefon: _____

Mobil: _____

Telefon Büro: _____

E-Mail Adresse: _____

Beruf: _____

Versichertendaten (sofern diese von den Patientendaten abweichen)

Rechnung an Patienten oder Versicherten? _____

Versicherter: _____

geb. am: _____

Anschrift: _____

Weitere Angaben

Arbeitgeber: _____

Anschrift des Arbeitgebers: _____

Haben Sie Interesse an regelmäßiger Vorsorge,
um erneute Erkrankungen zu vermeiden? ja [] nein []

Wenn ja, wie möchten Sie an Ihren nächsten
Vorsorgetermin erinnert werden? [] per Brief
[] per E-Mail

Termine, die ich nicht einhalten kann, werde ich spätestens 24 Stunden vorher absagen, da ansonsten die durch mein Fernbleiben entstandenen Kosten in Rechnung gestellt werden können. (§ 615 BGB)33

Datum _____ Unterschrift _____

Herzlich willkommen in unserer Praxis,

bevor wir uns mit Ihnen über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Angaben über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine adäquate und risikoarme Behandlung. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Ihr persönlicher Gesundheitscheck

Herzerkrankung	ja []	nein []
Herzschrittmacher / Künstl. Herzklappe	ja []	nein []
Hoher Blutdruck	ja []	nein []
Niedriger Blutdruck	ja []	nein []
Ohnmachtsneigung	ja []	nein []
Marcumar / Gerinnungshemmer	ja []	nein []
Blutungsneigung / Bluterkrankung	ja []	nein []
Rheuma	ja []	nein []
Diabetes	ja []	nein []
Schilddrüsenerkrankung	ja []	nein []
Lebererkrankung (Hepatitis)	ja []	nein []
Magen- / Darmerkrankung	ja []	nein []
Nierenerkrankung	ja []	nein []
Lungenerkrankung / Asthma	ja []	nein []
Nasen- / Nebenhöhlenerkrankung	ja []	nein []
Epilepsie	ja []	nein []
Haben Sie eine sonstige schwere Erkrankung?	ja []	nein []

Wenn ja, welche? _____

Haben Sie einen Pflegegrad ja [] nein []

Wenn ja, welchen? _____

Allergien ja [] nein []

Wenn ja, welche? _____

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?

Reagieren Sie bei bestimmten Medikamenten empfindlich? ja [] nein []

Wenn ja, bei welchen? _____

Sind Sie Raucher? ja [] nein []

Für unsere weiblichen Patienten: Sind Sie schwanger? ja [] nein []

Wenn ja, in welchem Monat? _____

Grund Ihres Besuchs

Kontrolluntersuchung	ja []	nein []
Zahnschmerzen	ja []	nein []
Zahnfleischbluten	ja []	nein []
Migräne / Kopf / Nackenbeschwerden	ja []	nein []
Kiefergelenkbeschwerden	ja []	nein []
Knirschen	ja []	nein []
Mundgeruch	ja []	nein []
Wünschen Sie nur eine Schmerzbehandlung	ja []	nein []
Sonstiges		

Sie sind uns wichtig

Was sollen wir bei Ihrer Behandlung besonders berücksichtigen?

Angst vor zahnmedizinischen Eingriffen	ja []	nein []
Starke Schmerzempfindlichkeit	ja []	nein []
Starker Würgereiz	ja []	nein []

Was haben Sie bisher beim Zahnarztbesuch am meisten vermisst?

Durch wen wurden wir Ihnen empfohlen?

Ist Ihnen Ästhetik

[] sehr wichtig
[] wichtig
[] nicht so wichtig
[] egal

Haben Sie eine Zahnfehlstellung? ja [] nein []
Gefällt Ihnen Ihr Lächeln? ja [] nein []

Beratungswunsch

Professionelle Zahnreinigung	ja []	nein []
Weißer Zähne (Bleaching)	ja []	nein []
Zahnästhetik / Kosmetik	ja []	nein []
Austausch von Amalgamfüllungen	ja []	nein []
Digitales strahlungsarmes Röntgen	ja []	nein []
Implantate / Implantatversorgung	ja []	nein []

Datum _____

Unterschrift _____

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Erfahrungen zeigen, dass bei der Kostenerstattung durch Private Krankenversicherungen/ Private Zusatzversicherung und durch Beihilfestellen sehr häufig Diskussionen zur Erstattung auftreten. Die Gründe hierfür liegen in der Verschiedenheit der beiden im Rahmen der Privatbehandlung zu berücksichtigenden und streng voneinander zu trennenden Rechtsbeziehungen.

- Zum einen handelt es sich um die Rechtsbeziehung zwischen Patient und Zahnarzt. Zum anderen besteht eine davon unabhängige, zweite Rechtsbeziehung zwischen Patient und kostenerstattender Stelle (Private Krankenversicherung/ Private Zusatzversicherung oder Beihilfestelle).
- Im Rechtsverhältnis Patient/Zahnarzt gelten für die Honorargestaltung ausnahmslos die Vorschriften der Gebührenordnung für Zahnärzte und Ärzte. Dabei orientiert sich der Zahnarzt in Zweifelsfragen an den Rechtsauffassungen der Bundeszahnärztekammer oder der zuständigen Zahnärztekammer.
- In der Rechtsbeziehung Patient/kostenerstattende Stelle finden, neben der Gebührenordnung für Zahnärzte, jedoch ergänzend Bestimmungen des Versicherungsvertrages, tarifvertragliche Regelungen, Beihilferichtlinien und nicht zuletzt die Auffassungen der kostenerstattenden Stelle zu den verordnungsrechtlichen Bestimmungen der Gebührenordnung Anwendung. Das führt dazu, dass von Seiten der kostenerstattenden Stellen mitunter abweichende Interpretationen, Forderungen und teilweise subjektive Aussagen im Rahmen der Bearbeitung von Rechnungen und Behandlungsplänen getroffen werden, die häufig im Widerspruch zu den zahnärztlichen Auffassungen zur Gebührenordnung stehen.

Die Rechnungserstellung (**Berechnungsfähigkeit**) und Rechnungserstattung (**Erstattungsfähigkeit**) sind zwei voneinander rechtlich getrennt zu sehende Vorgänge. Deshalb darf der Zahnarzt seine Rechnung nicht nach den Vorstellungen der kostenerstattenden Stellen ausfertigen. Der Zahnarzt hat keinen Einfluss auf die Erstattung der in der zahnärztlichen Rechnung aufgeführten Honorare und Gebührenpositionen durch Private Krankenversicherungen/ Private Zusatzversicherung oder Beihilfestellen.

Ich bin über die Erstattungsproblematik ausreichend aufgeklärt worden. Die angesprochenen Inhalte habe ich verstanden. Selbst wenn die Erstattungsstelle den in der Rechnung ausgewiesenen Rechnungsbetrag nicht oder nicht in vollem Umfang erstattet, ist mir bekannt, dass ich gegenüber dem Zahnarzt den kompletten Gesamtbetrag zu begleichen habe.

Ort/Datum

Unterschrift Patient/Zahlungspflichtiger

**Datenschutzrechtliche Einwilligungs-
Erklärung** für die Verarbeitung
personenbezogener Patientendaten gemäß
Art. 6, 7 Abs 1 lit. A DSGVO



Patient/in

Name	
Adresse	

Ich stimme hiermit der Speicherung meiner personenbezogenen Daten für den Zweck der Behandlung und der Weitergabe an Dentallabore und mitbehandelnden Ärzten zu.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder durch E-Mail an die Praxis widerrufen kann (Art. 7 Abs. 3 DSGVO).

Mir ist bekannt, dass mein jederzeit möglicher Widerruf die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt (Art. 7 Abs. 3 Satz 2 DSGVO).

Hannover, den _____

Unterschrift Patient/in _____