

Bio-logische Zahnarztpraxis

Dr. Sönke Mundorf

Name: _____ Vorname: _____
Straße: _____ Ort: _____
Tel. priv.: _____ Handy: _____ Fax priv.: _____
E-mailAdresse: _____ Tel. gesch.: _____
Geb.datum + -ort: _____ Wer hat uns empfohlen? _____
Beruf: _____ Arbeitgeber: _____
Straße: _____ Ort: _____
Krankenkasse: _____ priv. Zusatzversicherung: _____
Sind Sie Beihilfeberechtigt? ja nein Sind Sie im Basistarif versichert? ja nein
Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmitglied sind, wer ist Mitglied ?
Name, Vorname: _____ Geb. des Versicherten: _____
Straße / Ort: _____

Weswegen begeben Sie sich in Behandlung ?

Bitte im folgenden **zutreffendes umkreisen !!!**

Haben Sie Zahnschmerzen ?	ja nein	Haben Sie Kiefergelenksschmerzen?	ja nein
Blutet Ihr Zahnfleisch ?	ja nein	Wünschen Sie über künstliche Zähne	
Zieht sich Ihr Zahnfleisch zurück ?	ja nein	(Implantate) aufgeklärt zu werden ?	ja nein
Sind Ihre Zähne gelockert ?	ja nein	Wurden Zahnröntgenbilder erstellt ?	ja nein
Möchten Sie von uns an den nächsten		Wann ?	_____
Prophylaxetermin erinnert werden ?	ja nein	Leiden Sie an Mundgeruch ?	ja nein
Schnarchen Sie ?	ja nein		
Möchten sie über bio-logische Zahnheilkunde informiert werden?			ja nein

Was sind Ihre Wünsche? Was ist Ihnen wichtig, damit Sie sich in unserer Praxis wohlfühlen?

Bestehen gesundheitliche Risiken?

Wenn ja, welche ? _____	Leiden Sie an Zucker (Diabetes) ?	ja nein
Haben Sie zu niedrigen / hohen Blutdruck? ja nein	Leiden Sie an Schilddrüsenerkr. ?	ja nein
Leiden Sie an Herz-/Kreislaufkrankungen? ja nein	Leiden Sie an Magen-/ Darmerkr. ?	ja nein
Wenn ja, welche ? _____	Leiden Sie an Epilepsie ?	ja nein
Sind Sie empfindlich gegen bestimmte Stoffe,	Haben Sie Zahnarztangst ?	ja nein
Medikamente, Metall etc ? ja nein	Leiden Sie an Migräne ?	ja nein
Welche? _____	Leiden Sie an grünem Star ?	ja nein
Haben Sie einen Allergiepaß ? ja nein	Leiden Sie an einer Prostataerkr. ?	ja nein
Nehmen Sie Medikamente gegen die	Leiden Sie an Würgereiz ?	ja nein
Blutgerinnung ein ? ja nein	Leiden Sie an Rheuma ?	ja nein
Bestehen Infektionserkrankungen? (z.B. Hepatitis,	Leiden Sie an Asthma ?	ja nein
Aids, Tuberkulose, Kinderkrankheiten o.a.) ja nein	Besteht eine Schwangerschaft ?	ja nein
Wenn ja, Welche ? _____	Wer ist Ihr Hausarzt ? _____	
Nehmen Sie Medikamente ? ja nein	bitte mit Telefon _____	
Wenn ja, Welche ? _____	Rauchen Sie ?	ja nein
	Wenn ja wie viel ? _____	
Hatten Sie jemals einen Unfall	Leiden Sie an Osteoporose, M. Paget,	
mit Gesichtsbeteiligung ? ja nein	Plasmozytom, Myelom ?	ja nein
Wurden die Mandeln bei Ihnen entfernt? ja nein	Wurden/werden Sie mit Bisphosphonaten	
	behandelt ???	ja nein

Wie ist Ihre seelische Verfassung (Schulnote von 1-6)

Haben Sie eine der folgenden oder andere "Beinahe-Krankheiten": Energiedefizit, schlechter Schlaf, Müdigkeit, Konzentrationsschwierigkeiten, Brainfog?

Haben Sie andere chronische Krankheiten, gesundheitliche Probleme, "Zipperlein" oder Gelenkprobleme. Wenn ja weche? Wo?

Haben Sie zu Hause WLAN und/oder DECT Telefone?

Wie ernähren Sie sich?

Wieviel trinken Sie pro Tag und was trinken Sie?

Haben Sie unerfüllten Kinderwunsch?

Wie gut schlafen Sie? Wachen sie morgens erholt auf und könnten "Bäume ausreißen"?

Bitte beantworten Sie die Fragen in ihrem eigenen Interesse. Verschwiegenheit unsererseits ist selbstverständlich. Danke für Ihre Mitarbeit.

Wichtige Information:

Als reine Bestellpraxis bitten wir Sie, Ihre Termine pünktlich einzuhalten.

Sollten Sie einen Termin nicht wahrnehmen können, teilen Sie uns dies bitte bis spätestens 48 Stunden vorher mit. Danke. Andernfalls werden wir ein Ausfallhonorar erheben.

Ich bestätige, vorstehende Angaben nach bestem Wissen gemacht zu haben, die Information zum Terminsystem und die Datenschutzerklärung (Handout in der Praxis und <https://www.dr-mundorf.de/datenschutz/>) zur Kenntnis genommen zu haben.

Ort, Datum, Unterschrift

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Ggf. gesetzl. Vertreter/-in* oder abweichende/-r
Rechnungsempfänger/-in

Patient/-in (Name, Vorname und Anschrift)

Geburtsdatum

Name, Vorname

Geburtsdatum

Straße

PLZ, Ort

Stellung zur Patientin / zum Patienten:

Elternteil** Betreuer/-in Ehegattin/-gatte

oder

** Bei gemeinsamem Sorgerecht wird die nachstehende Erklärung auch im Namen des anderen Elternteils abgegeben.

Bitte beachten Sie die Datenschutzerklärung unter: www.dzr.de
oder www.apobank.de

Einverständniserklärung

Ich erkläre mich einverstanden mit der

Weitergabe der zur Abrechnung und Geltendmachung der Forderungen jeweils erforderlichen Informationen, insbesondere von Daten aus der Patientenakte (Name, Geburtsdatum, Anschrift, Befunde, Behandlungsdaten und -verläufe), an die DZR Deutsches Zahnärztliches Rechenzentrum GmbH (DZR) und der dort vorzunehmenden Verarbeitung dieser Daten.

möglichen Einholung einer Information durch DZR bei einer Auskunft zur Prüfung meiner Bonität. Die Praxis und/oder DZR teilen auf Nachfrage Name und Adresse der Auskunft mit. Abtretung der sich aus allen Behandlungen ergebenden Forderungen an DZR.

im Rahmen der Refinanzierung erfolgenden Weiterabtretung der Forderungen durch DZR an die Deutsche Apotheker- und Ärztebank e. G., Düsseldorf (apoBank).

Ich wurde darüber aufgeklärt, dass DZR die Leistungen meiner Praxis mir, meiner Krankenkasse (bei vereinbarter Direktabrechnung) oder dem zuständigen Kostenträger (Leistungen der gesetzl. Unfallversiche-

rung/Sozialhilfe etc.) gegenüber im eigenen Namen in Rechnung stellen und für sich geltend machen wird.

Sollte es über die Berechtigung der Forderungen unterschiedliche Auffassungen geben, kann die Zahnärztin/Ärztin, der Zahnarzt/Arzt in einer etwaigen Auseinandersetzung als Zeugin/Zeuge gehört werden.

Ich entbinde meine Zahnärztin/Ärztin, meinen Zahnarzt/Arzt sowie DZR von der Schweigepflicht, soweit dies für die Abrechnung, Prüfung und Geltendmachung der Forderungen erforderlich ist; auch zugunsten der apoBank.

Diese Zustimmung kann jederzeit – allerdings nur mit Wirkung für die Zukunft – widerrufen werden. Der Widerruf ist entweder gegenüber der Praxis oder DZR zu erklären.

Umseitige Informationen zur Rechnung und zum Datenschutz habe ich zur Kenntnis genommen. Eine Kopie dieser Einverständniserklärung habe ich erhalten.

Ort / Datum

X

Unterschrift Patient/-in bzw. gesetzl. Vertreter/-in* und ggf. abweichende/-r Rechnungsempfänger/-in

* bei Personen unter 18 Jahren / Geschäftsunfähigen / beschränkt Geschäftsfähigen



DZR Deutsches Zahnärztliches Rechenzentrum GmbH
Marienstraße 10 | 70178 Stuttgart



Praxisstempel

Bitte händigen Sie Ihren Patienten eine Zweitschrift aus.

Informationen zu Ihrer Rechnung und zum Datenschutz

Liebe Patientin, lieber Patient,

das Wichtigste für Ihren Behandlungserfolg ist, dass Ihre Praxis sich zu 100 Prozent auf Sie konzentrieren kann. Um hierfür möglichst viel Zeit zu haben, hat Ihre Praxis die Abrechnung der **DZR Deutsches Zahnärztliches Rechenzentrum GmbH (DZR)** übertragen. Die Rechnungsstellung über DZR ist für Sie selbstverständlich kostenlos.

DZR gewährleistet die korrekte Bearbeitung der von Ihrer Praxis vorgegebenen Rechnungen. Aufgrund jahrzehntelanger Erfahrung in der Abrechnung entlastet DZR Ihre Praxis deutlich bei den Verwaltungstätigkeiten. Die eingesparte Zeit kommt somit voll und ganz Ihnen zugute.

Für Ihre Fragen zur Abrechnung stehen Ihnen die kompetenten Mitarbeiter von DZR gerne zur Verfügung. Insbesondere helfen Ihnen die Experten bei der Durchsetzung Ihrer Erstattungsansprüche gegenüber Krankenkassen oder anderen Kostenträgern. Zusätzlich bietet Ihnen DZR an, Ihre Rechnung in Teilbeträgen zu begleichen.

Nach geltender Rechtslage ist es erforderlich, dass Sie Ihre Einwilligung mit diesem Abrechnungsweg schriftlich erklären. Daher bitten wir Sie um Ihre Zustimmung. Bitte unterschreiben Sie hierzu die Einverständniserklärung auf der Vorderseite. DZR wird Ihre Daten zu den vorgenannten Zwecken auf Grundlage dieser Einverständniserklärung verarbeiten.

Selbstverständlich ist DZR gesetzlich zur Verschwiegenheit verpflichtet. Darüber wacht der Datenschutzbeauftragte von DZR. Weitere Informationen zum Datenschutz und zu Ihren Rechten entnehmen Sie bitte dem Merkblatt „Informationen zum Datenschutz“, das Ihnen Ihre Praxis gerne überlässt, oder unter www.dzr.de/dsgvo.

Herzlichen Dank für Ihr Vertrauen.

Kontaktdaten von DZR und des Datenschutzbeauftragten:



Deutsches
Zahnärztliches
Rechenzentrum

DZR Deutsches Zahnärztliches Rechenzentrum GmbH
Sitz und Amtsgericht: Stuttgart HRB 6658

Hauptsitz Stuttgart

Marienstraße 10
70178 Stuttgart
Telefon 0711 99373-4000
Telefax 0711 99373-4030

Niederlassung Neuss

Hermann-Klammt-Straße 7
41460 Neuss
Telefon 02131 77685-5000
Telefax 02131 77685-5030

Hanseatische Niederlassung

Heidenkampsweg 51
20097 Hamburg
Telefon 040 8090307-5050
Telefax 040 8090307-5070

Niederlassung FRH

Marienstraße 12
70178 Stuttgart
Telefon 0711 99373-4000
Telefax 0711 99373-4030

Datenschutzbeauftragter DZR | Marienstraße 10 | 70178 Stuttgart | E-Mail datenschutz@dzr.de
www.dzr.de