

# 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 Zahnfl eisch ?	ja nein	Wünschen Sie über künstliche Zähne
Zieht sich Ihr Zahnfl eisch 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-/Kreislauferkrankungen? ja nein	Leiden Sie an Magen- / Darmerkr. ? ja nein
Wenn ja, welche ? _____	Leiden Sie an Epilepsie ? ja nein
Sind Sie empfindlich gegen bestimmte Stoffe, Medikamente, Metall etc ? ja nein	Haben Sie Zahnschmerzen ? ja nein
Welche? _____	Leiden Sie an Migräne ? ja nein
Haben Sie einen Allergiepaß ? ja nein	Leiden Sie an grünem Star ? ja nein
Nehmen Sie Medikamente gegen die Blutgerinnung ein ? ja nein	Leiden Sie an einer Prostataerkr. ? ja nein
Bestehen Infektionserkrankungen? (z.B. Hepatitis, Aids, Tuberkulose, Kinderkrankheiten o.a.) ja nein	Leiden Sie an Würgereiz ? ja nein
Wenn ja, Welche ? _____	Leiden Sie an Rheuma ? ja nein
Nehmen Sie Medikamente ? ja nein	Leiden Sie an Asthma ? ja nein
Wenn ja, Welche ? _____	Besteht eine Schwangerschaft ? ja nein
Hatten Sie jemals einen Unfall mit Gesichtsbeteiligung ? ja nein	Wer ist Ihr Hausarzt ? _____
Wurden die Mandeln bei Ihnen entfernt? ja nein	bitte mit Telefon _____
Wie ist Ihre seelische Verfassung ( Schulnote von 1-6)	Rauchen Sie ? ja nein
	Wenn ja wie viel ? _____
	Leiden Sie an Osteoporose, M. Paget, Plasmozytom, Myelom ? ja nein
	Wurden/werden Sie mit Bisphosphonaten behandelt ??? ja nein

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 welche? 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.

Ich bestätige meine Angaben nach bestem Wissen gemacht zu haben.

Ort, Datum, Unterschrift

#### Wichtige Informationen:

Wir sind eine biologische Zahnarztpraxis. Das bedeutet, dass wir akute und vor allem chronische Entzündungsherde und belastende Materialien aus dem Mundraum entfernen. Bei der Restauration Ihrer Zähne setzen wir biokompatible Materialien ein. Wurzelbehandlungen, der Einsatz von Metallen oder anderen nicht biokompatiblen Materialien, Titanimplantate und Knochenersatzmaterialien sehen wir sehr kritisch. Wir führen keine Wurzelbehandlungen durch und setzen keine Titanimplantate ein. Die biologische Perspektive und ihre Behandlungsprotokolle weichen zum Teil stark von der Schulzahnmedizinischen Lehrmeinung ab.

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 die Informationen zur biologischen Behandlung und zum Terminsystem sowie die Datenschutzerklärung (Handout in der Praxis und <https://www.dr-mundorf.de/datenschutz/>) zur Kenntnis genommen zu haben. Ich möchte ausdrücklich nach biologischen Kriterien behandelt werden.

Ort, Datum, Unterschrift

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Patient/-in (Name, Vorname und Anschrift)

Name, Vorname	
Geburtsdatum	
Straße	
PLZ, Ort	
Stellung zur Patientin / zum Patienten:	
<input type="checkbox"/> Elternteil** <input type="checkbox"/> Betreuer/-in <input type="checkbox"/> Ehegattin/-gatte <input type="checkbox"/> oder	

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

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.

## Einverständniserklärung

Ich erkläre mich einverstanden mit der

Weitergabe der zur Abrechnung und Geltendmachung der Forderungen jeweils erforderlichen Informationen, insbesondere von Daten aus der Patientenkartei (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 Auskunftei zur Prüfung meiner Bonität. Die Praxis und/oder DZR teilen auf Nachfrage Name und Adresse der Auskunftei 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 einbarter 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.

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  
 Tel. 040/36 98 41 77 | Fax 040/36 98 41 78  
 E-Mail: [info@apobank.de](mailto:info@apobank.de) | [www.apobank.de](http://www.apobank.de)

Praxisstempel

Ort / Datum



Deutsches  
Zahnärztliches  
Rechenzentrum

DZR Deutsches Zahnärztliches Rechenzentrum GmbH  
 Marienstraße 10 | 70178 Stuttgart

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](http://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](mailto:datenschutz@dzr.de)  
[www.dzr.de](http://www.dzr.de)