

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 Zahnrontgenbilder 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 wehe? 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

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 nachste-
hende Erklärung auch im Namen des anderen
Elternteils abgegeben.

Einverständniserklärung

Ich erkläre mich einverstanden mit der

Weitergabe der zur Abrechnung und Geltend-
machung der Forderungen jeweils erforderli-
chen Informationen, insbesondere von Daten
aus der Patientenkartei (Name, Geburtsdatum,
Anschrift, Befunde, Behandlungsdaten und -ver-
läufe), an die DZR Deutsches Zahnärztliches Re-
chenzentrum GmbH (DZR) und der dort vorzu-
nehmenden Verarbeitung dieser Daten.
möglichen Einholung einer Information durch
DZR bei einer Auskunft zur Prüfung meiner Bo-
nität. Die Praxis und/oder DZR teilen auf Nach-
frage Name und Adresse der Auskunft mit.
Abtretung der sich aus allen Behandlungen er-
gebenden 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 Leistun-
gen meiner Praxis mir, meiner Krankenkasse (bei ver-
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 un-
terschiedliche Auffassungen geben, kann die Zahn-
ärztin/Ärztin, der Zahnarzt/Arzt in einer etwaigen Aus-
einandersetzung als Zeugin/Zeuge gehört werden.

Ich entbinde meine Zahnärztin/Ärztin, meinen Zahn-
arzt/Arzt sowie DZR von der Schweigepflicht, soweit
dies für die Abrechnung, Prüfung und Geltendma-
chung der Forderungen erforderlich ist; auch zuguns-
ten der apoBank.

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

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

Ort / Datum

DZR | Deutsches
Zahnärztliches
Rechenzentrum

DZR Deutsches Zahnärztliches Rechenzentrum GmbH
Marienstraße 10 | 70178 Stuttgart

X

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

* bei Personen unter 18 Jahren/Geschäftsunfähigen/beschränkt
Geschäftsfähigen

DR. MUNDORF
Zahnärztin
Dr. med. dent. GMDr. Mundorf
Rahlsfelder Str. 129-131/43 Hamburg
Tel. 040/39 85 41 77
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:



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