

Sehr geehrter Patient, sehr geehrte Patientin,  
vielen Dank für Ihren Besuch in unserem opensmile Zahnzentrum.

Um Ihnen eine optimale Behandlung gewährleisten zu können, bitten wir Sie die kommenden vier Seiten ausführlich zu beantworten. Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden streng vertraulich behandelt.

Bei Rückfragen steht Ihnen unser Team gerne zur Verfügung.

## PATIENTENKONTAKTDATEN

Bitte tragen Sie hier Angaben zu Ihrer derzeitigen Meldeadresse ein.

Name	Vorname	geboren am		
ggf. c/o bei	Straße + Hausnummer		PLZ + Ort	
Handynummer	Festnetznummer			
E-Mail	Beruf			
Versichertenstatus	<input type="radio"/> gesetzlich	<input type="radio"/> freiwillig	<input type="radio"/> privat Basis	<input type="radio"/> privat Standard
Beihilfeberechtigt	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein		
Zahnezusatzversicherung	<input type="radio"/> Basistarif	<input type="radio"/> Komforttarif	<input type="radio"/> Premiumtarif	<input type="radio"/> nicht vorhanden

## HAUSARZT

Name
Anschrift

## VERSICHERUNGSGEBER

## ELTERNTEIL

## GESETZLICHER VERTRETER

Name	Vorname	geboren am	
ggf. c/o bei	Straße + Hausnummer		PLZ + Ort
Handynummer	Festnetznummer		
E-Mail			

### Wünschen Sie eine Beratung für folgendes:

Zahnaufhellung	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	Zahnimplantate	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Zahnfehlstellung	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	Zahnersatz	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein

### Haben Sie besondere Wünsche oder Fragen?

## ERKRANKUNGEN

- |                            |                               |                              |                            |                         |   |
|----------------------------|-------------------------------|------------------------------|----------------------------|-------------------------|---|
| Blutdruck                  | <input type="radio"/> niedrig | <input type="radio"/> normal | <input type="radio"/> hoch |                         |   |
| Herzschrittmacher          |                               | <input type="radio"/> Ja     | <input type="radio"/> Nein | Herzinfarkt             | <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein |
| Nehmen Sie Marcumar        |                               | <input type="radio"/> Ja     | <input type="radio"/> Nein | Schlaganfall            | <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein |
| Lähmungen                  |                               | <input type="radio"/> Ja     | <input type="radio"/> Nein | Epilepsie               | <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein |
| Blutgeringungsstörung      |                               | <input type="radio"/> Ja     | <input type="radio"/> Nein | Asthma                  | <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein |
| Diagnostizierte Depression |                               | <input type="radio"/> Ja     | <input type="radio"/> Nein | Erhöhte Blutungsneigung | <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein |
| Bluterkrankungen           |                               | <input type="radio"/> Ja     | <input type="radio"/> Nein | Rheuma                  | <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein |
| Osteoporose                |                               | <input type="radio"/> Ja     | <input type="radio"/> Nein | Diabetes                | <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein |
| Schilddrüsenerkrankungen   |                               | <input type="radio"/> Ja     | <input type="radio"/> Nein | Ohnmachtsanfälle        | <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein |

## SONSTIGE KRANKHEITEN & ALLERGIEN

- |                             |                          |                            |
|-----------------------------|--------------------------|----------------------------|
| AIDS                        | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Tuberkulose                 | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Hepatitis                   | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Lokalanästhesie             | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Antibiotika bzw. Penicillin | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Metalle                     | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Allergien                   | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |

Wenn ja,  Hep. A  Hep. B  Hep. C

Welche? \_\_\_\_\_

Welche? \_\_\_\_\_

Monat? \_\_\_\_\_

## SCHWANGERSCHAFT

Besteht eine Schwangerschaft?  Ja  Nein

## RÖNTGEN

Wurden bei Ihnen zahnärztliche Röntgenaufnahmen angefertigt?  Ja  Nein

Wann? \_\_\_\_\_

Welche Praxis? \_\_\_\_\_

## MEDIKAMENTE

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?  Ja  Nein

Welche? \_\_\_\_\_

Seit wann? \_\_\_\_\_

## OPERATION

Wurden bei Ihnen größere Operationen durchgeführt?  Ja  Nein

Was? \_\_\_\_\_

Wann? \_\_\_\_\_

### Verfügen Sie über:

- |             |                          |                            |                |                          |                            |
|-------------|--------------------------|----------------------------|----------------|--------------------------|----------------------------|
| Röntgenpass | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein | Allergiepass?  | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Herzpass?   | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein | Implantatpass? | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |

**Wir weisen ausdrücklich darauf hin, dass das Reaktionsvermögen im Straßenverkehr nach einer Lokalanästhesie (örtl. Betäubung) eingeschränkt sein kann und bitten Sie, uns diese Aufklärung durch Ihre Unterschrift zu bestätigen.**

Ort, Datum

Unterschrift

## DATENSCHUTZRECHTLICHE EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG

für die Verarbeitung personenbezogener Patientendaten gemäß Art. 6, 7 Abs. 1 lit. a DSGVO.

Ich bin darüber informiert, dass von der Praxis meine personenbezogenen Behandlungsdaten elektronisch gespeichert werden.

Mit meiner Unterschrift stimme ich der Speicherung meiner personenbezogenen Daten zu. Dies gilt auch für die Weitergabe an unser Abrechnungszentrum DZR, sowie für unser online-Terminbuch Doctolib.

Benötigen Sie weitere Informationen zu unserem Abrechnungszentrum oder unserem online-Terminbuch, können Sie dieses auf deren Internetseiten in Erfahrung bringen.

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

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

Zudem erkläre ich mich mit der elektronischen Speicherung, Bearbeitung und Nutzung meiner Daten zur Aufnahme in das Recall-System und Terminerinnerung per Email/SMS einverstanden.

Ja  Nein

Ich verpflichte mich, über alle Änderungen, die sich während der gesamten Behandlungszeit ergeben, umgehend Mitteilung zu machen.

Des Weiteren verpflichte ich mich, vereinbarte Behandlungstermine einzuhalten bzw. mindestens 24 Std. vor dem vereinbarten Termin abzusagen. Mir ist bekannt, dass nicht bzw. nicht rechtzeitig abgesagte Termine in Rechnung gestellt werden können.

Ort, Datum

Unterschrift

**Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?**

Jameda  Google  Doctolib  Empfehlung

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Patient/-in (Name, Vorname und Anschrift)

**Pflichtfeld – per Hand ausfüllen oder per EDV bedrucken.**

Haben sich Ihre Daten geändert? Sprechen Sie uns bitte an.

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

Name, Vorname

Geburtsdatum

Straße

PLZ, Ort

Stellung zur Patientin/zum Patienten:

Elternteil\*\*  Betreuer/-in  Ehegatinn/-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 Auskunft zur Prüfung meiner Bonität. Die Praxis und/oder DZR teilen auf Nachfrage Name und Adresse der Auskunftflei mit.
- » Abtretung der sich aus der Behandlung 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 gegenüber im eigenen Namen in Rechnung stellen und für sich geltend machen wird.

Ort / Datum

**DZR** | Deutsches  
Zahnärztliches  
Rechenzentrum

DZR Deutsches Zahnärztliches Rechenzentrum GmbH  
Marienstraße 10 | 70178 Stuttgart

Bitte händigen Sie Ihren Patienten eine Zweitschrift aus.

Praxisstempel

# Informationen zu Ihrer Rechnung

## 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.

Kontaktaten von DZR und des Datenschutzbeauftragten:

**DZR** | Deutsches  
Zahnärztliches  
Rechenzentrum

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

<b>Hauptzitz Stuttgart</b> Marienstraße 10 70178 Stuttgart Telefon 0711 99373-4000 Telefax 0711 99373-4030	<b>Niederlassung Neuss</b> Her mann-Klammt-Straße 7 41460 Neuss Telefon 02131 77685-5000 Telefax 02131 77685-5030	<b>Hanseatische Niederlassung</b> Heidenkampsweg 51 20097 Hamburg Telefon 040 8090307-5050 Telefax 040 8090307-5070
--	---	---

Datenschutzbeauftragter DZR | Marienstraße 10 | 70178 Stuttgart | E-Mail [datschutz@dzr.de](mailto:datschutz@dzr.de)  
[www.dzr.de](http://www.dzr.de)

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 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

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.