



**Dr. Weckwerth
&
Partner**

St. Hubertus 4
23627 Groß Grönau
Telefon 0 45 09 / 15 58



.....
Vorname Name geb. am

Versicherte/r geb. am

Anschrift

Telefon privat.....mobil e-mail

Krankenkasse

letzte Röntgenuntersuchung im Mund-Kieferbereich; wann?.....

Schwangerschaft ja nein (.....Monat)

Vollständig geführtes Bonusheft vorhanden? ja nein

Einwilligung in die Datenweitergabe
[Datenschutzrechtliche Einwilligung]

Zwischen der Zahnarztpraxis

Name der Praxis

Straße/Hausnummer

PLZ/Ort

zwischen

Zahnarztpraxis
Dr.Felix Weckwerth & Partner, St. Hubertus4, 23627 Groß Grönau
Vollständiger Name Praxisinhaber/Vertretungsberechtigter

und der Patientin/dem Patienten (unzutreffendes streichen)

Name/Vorname der Patientin/des Patienten

Ort/Datum _____ Unterschrift _____

Einwilligung nach Datenschutzgesetz PVS

1. Ich bin mit der Weitergabe der zum Zweck der Abrechnung der erbrachten ärztlichen Leistungen jeweils erforderlichen, insbesondere der Patientenkartei entnommenen Informationen (Name, Geburtsdatum, Anschrift, Diagnose, Untersuchungs- und Behandlungsdaten) sowie der Abtretung der Forderung zum Zweck des Einzugs an die Privatärztliche Verrechnungsstelle Moltkestraße 1, 23795 Bad Segeberg (kurz: PVS S-H), einverstanden.
2. Ich stimme zu, dass die PVS S-H die Leistungen meines Zahnarztes im eigenen Namen in Rechnung stellen und für eigene Rechnung einziehen wird. Sollte es über die Berechtigung der Forderung unterschiedliche Auffassungen geben, bin ich mit der Weitergabe der zur Rechnungsbegründung darüber hinaus erforderlichen Daten aus der Patientenkartei einverstanden. Im Fall einer etwaigen gerichtlichen Auseinandersetzung ist die PVS Prozesspartei; mein Zahnarzt kann als Zeuge gehört werden. Insoweit entbinde ich den Zahnarzt hiermit zugleich auch von seiner ärztlichen Schweigepflicht.
3. Diese Erklärung gilt auch für Forderungen, die aus zukünftigen Behandlungen entstehen. Sie kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft gegenüber meinem Zahnarzt oder der PVS schriftlich widerrufen werden.

Durch den Widerruf der Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund dieser Einwilligung bis dahin erfolgten Verarbeitung nicht berührt. Im Falle des Widerrufs findet keine weitere Datenübermittlung zwischen meinem Zahnarzt und der PSV mehr statt.

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten/Vertretungsberechtigte
Unterzeichnet bei minderjährigen Kindern ein Elternteil allein, so sichert er ausdrücklich zu, dass die Einwilligung des anderen Sorgeberechtigten ebenfalls vorliegt

Terminverwaltung

Liebe Patienten, wir reservieren unsere Termine ausschließlich für Sie. Wir weisen Sie daher hiermit daraufhin, dass wir Ihnen bei Nichterscheinen oder einer nicht rechtzeitigen Absage von 24 Stunden vor Ihrem Termin ein Ausfallhonorar in Rechnung stellen müssen.

SPEZ. MEDIZINISCHE ANAMNESE Auch Allgemeinerkrankungen können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Deswegen bitten wir Sie um Ausfüllung dieses Erhebungsbogens. Bitte beachten Sie, dass diese Angaben auf das Strengste der ärztlichen Schweigepflicht in unserer Praxis unterliegen. Sie dienen ausschließlich dazu, unsere Behandlung Ihrem Gesundheitszustand anzupassen.

Infektionskrankheiten (Hepatitis, Tbc, Aids usw.)

Herz-Kreislauf.....

Atemsystem.....

Verdauungsorgane.....

Zuckerkrankheit (Diabetes).....

Allergien, Haut.....

Urogenitalsystem, Niere, Unterleib.....

Psychische Probleme (auch Therapie?).....

Rheumatische Erkrankung.....

Arzneimittelüberempfindlichkeit gegen.....

Nehmen Sie zur Zeit Medikamente ein? Welche?.....

.....

Raucher ehemaliger Raucher Nichtraucher

Beruf beschäftigt bei.....

Empfohlen bzw. überwiesen durch.....

Wünschen Sie Terminerinnerung für die jährliche Kontroll-Untersuchung? ja nein per SMS

Ort, Datum

Unterschrift Arzt/Praxisstempel

Ort, Datum

Unterschrift Patient