



HERZLICH WILLKOMMEN IN UNSERER PRAXIS!

Damit wir Sie fachgerecht beraten und behandeln können, benötigen wir einige Angaben zu – für uns – wesentlichen Gesundheitsfragen. Bitte füllen Sie deshalb dieses Formular vollständig aus.

Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht!

**FORMULAR
ZURÜCKSETZEN**

**FORMULAR
DRUCKEN**

Termin vereinbart

Termin

1 PERSÖNLICHE ANGABEN

Name	Vorname	Geb.datum
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Straße	PLZ	Ort
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Tel. privat	Tel. dienstlich *	Tel. mobil
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Beruf / Tätigkeit *	E-Mail	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	

2 KRANKENKASSE/-VERSICHERUNG

Name Ihrer Krankenkasse/-versicherung	<input type="text"/>	privat
Name Ihres Zahnarztes	Ort der Praxis	beihilfeberechtigt
<input type="text"/>	<input type="text"/>	PKV-Basistarif o.ä.
GRUND IHRES KOMMENS *		gesetzlich pflichtversichert
Empfehlung durch Ihren Zahnarzt		gesetzlich freiwillig versichert
Empfehlung von	<input type="text"/>	
Familienmitglied in Behandlung?	<input type="text"/>	
FALLS SIE NICHT SELBST KRANKENVERSICHERT SIND, ÜBER WEN SIND SIE VERSICHERT?		
Name	Vorname	Geburtsdatum
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

3 ANGABEN ZUM GESUNDHEITZUSTAND

Zutreffendes bitte ankreuzen!

Diabetes	Asthma	Herzinnenhautentzündung (Endokarditis)
Leberentzündung (Hepatitis)	Blutgerinnungsstörung	Kreislaufstörung
AIDS, HIV	Sonstige Infektionskrankheiten (Welche?)	<input type="text"/>
Andere Erkrankungen	<input type="text"/>	
Allergien? (Wogegen?)	<input type="text"/>	
Sonstige Allgemeinerkrankungen, Operationen oder Behinderungen?	<input type="text"/>	
Befinden Sie sich derzeit in allgemeinärztlicher Behandlung? (Wenn Ja, bei wem?)	JA NEIN	<input type="text"/>
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? (Wenn Ja, welche?)	JA NEIN	<input type="text"/>

* Diese Angaben sind freiwillig!



4 Zutreffendes bitte ankreuzen!

Gibt es in Ihrer Familie Kiefer- oder Zahnfehlstellungen?
(z. B. Nichtanlage von Zähnen, nach vorn oder nach hinten stehender Unterkiefer, starke Dreh- und Engstände von Zähnen u. a.) JA NEIN
Wenn Ja, welche?

Haben Sie Schmerzen bei weiter Mundöffnung, großen Bissen, beim Kauen, beim Gähnen? JA NEIN

Traten bei Ihnen schon einmal Geräusche im Kiefergelenk auf?
Wenn ja, auf welcher Seite? JA NEIN

Hatten Sie schon einmal Schmerzen im Kiefergelenksbereich? JA NEIN

Hatten Sie schon einmal Schmerzen an den Kaumuskeln? JA NEIN

Knirschen Sie mit den Zähnen? JA NEIN

5

Hatten Sie jemals einen Unfall mit Beteiligung der Zähne oder des Kiefers?
Wenn Ja, in welchem Alter? ... welche Beschwerden traten auf? JA NEIN

Wurden bei Ihnen schon bleibende Zähne gezogen/operativ entfernt?
Wenn ja, welche? JA NEIN

6

Wurden Sie schon kieferorthopädisch beraten?
Wenn Ja, bei wem? JA NEIN

Wurden Sie schon kieferorthopädisch behandelt?
Wenn ja, wann und bei wem? JA NEIN

7

Besitzen Sie einen Röntgenpass? JA NEIN

Falls nicht, möchten Sie, dass wir Ihnen im Falle eigener Röntgenuntersuchungen einen Röntgenpass ausstellen? JA NEIN

Wurden Sie in den letzten 12 Monaten geröntgt?
Wenn ja, wann, wo, aus welchem Grund, welche Körperregion? JA NEIN

Nur für weibliche Patienten:
Liegt eine Schwangerschaft vor? JA NEIN

8 Was ist der Hauptgrund Ihrer Vorstellung in unserer Praxis?

Bitte teilen Sie uns umgehend Änderungen Ihres Gesundheitszustandes mit!

Ich habe die „Patienteninformation Art. 13 DSGVO“ gelesen (siehe Folgeseite).

Die oben stehenden Angaben sind vollständig und korrekt.

Hiermit erkläre ich mich mit einer Untersuchung und Beratung in der kieferorthopädischen Praxis Reitmann & Reitmann einverstanden.

Ort

Datum

Unterschrift

**PATIENTENINFORMATION ART. 13 DSGVO**

Liebe Patienten, liebe Patienteneltern,

in unserer Praxis werden personenbezogene Daten verarbeitet. Verantwortlich für die Datenerhebung ist:

Reitmann & Reitmann – Ihre Praxis für Kieferorthopädie

Verarbeitete Daten

Wir erheben, speichern und nutzen im Rahmen der kieferorthopädischen Behandlung personenbezogene Daten (Personalien, Versicherungsstatus, etc.), die Sie bzw. Ihr Kind betreffen. Zum Teil handelt es sich auch um Gesundheitsdaten (Krankengeschichte, Befundunterlagen, Röntgenbilder, diagnostische und therapeutische Unterlagen etc.).

1. Verarbeitungszwecke

Die Verarbeitung erfolgt für folgende Zwecke:

- ▶ Feststellung der Identität
- ▶ Erbringung zahnärztlicher/kieferorthopädischer Dienstleistungen
- ▶ Dokumentation der Behandlung
- ▶ Abwicklung des Zahlungsverkehrs und Abrechnung der Leistungen
- ▶ Erfüllung eigener gesetzlicher und vertraglicher Informations-, Mitteilungs-, Auskunft-, Aufbewahrungs- und sonstiger Pflichten
- ▶ Abwehr von Haftungsansprüchen
- ▶ Durchsetzung von eigenen Vertragserfüllungsansprüchen
- ▶ außergerichtliche und gerichtliche Forderungsbeitreibung für den Fall der Nichtzahlung durch den Patienten (auch über Dritte)

2. Rechtsgrundlagen der Verarbeitung

Die Verarbeitung der Daten erfolgt auf Grundlage der folgenden Regelungen

- ▶ Art. 6 DSGVO
- ▶ Bundesmantelvertrag – Zahnärzte BMVZ
- ▶ Ersatzkassenvertrag Zahnärzte (EKV-Z)
- ▶ Sozialgesetzbuch
- ▶ Bürgerliches Gesetzbuch

3. Empfänger personenbezogener Daten

Wir übermitteln Ihre Daten im Rahmen des Zulässigen und soweit erforderlich an

- ▶ Kassenzahnärztliche Vereinigung Bayerns (KZVB)
- ▶ Zahnärztliche Abrechnungsgesellschaften (soweit eine gesonderte Einwilligung vorliegt)
- ▶ Anwälte, Gerichte, Behörden und/oder Vollstreckungsorgane (im Falle von Nichtzahlung von Behandlungshonoraren)
- ▶ mit- oder nachbehandelnde (Zahn)ärzte (soweit eine gesonderte Einwilligung vorliegt)
- ▶ Zahntechniker/Fremdlabore

Germering, 01.10.2021

Ort, Datum

Dr. Christiane Reitmann und Philipp Reitmann

4. Aufbewahrung und Löschung

Wir bewahren Ihre Daten für die Dauer der gesetzlichen oder untergesetzlichen Aufbewahrungsfristen auf. Im Anschluss löschen wir Ihre Daten, soweit nicht ein besonderes Interesse an der weiteren Aufbewahrung besteht.

5. Ihre Rechte

Nach Art. 15-22 DSGVO stehen Ihnen folgende Rechte gegenüber unserer Praxis zu:

- ▶ Recht auf Auskunft, Berichtigung, Löschung, Einschränkung der Verarbeitung und auf Datenübertragbarkeit
- ▶ Widerspruchsrecht gegen Verarbeitung, die auf berechtigte Interessen des Verantwortlichen oder eines Dritten gestützt werden (Art. 6 Abs. 1f DSGVO)
- ▶ Soweit die Verarbeitung auf Ihrer Einwilligung beruht, sind Sie berechtigt, die Einwilligung jederzeit zu widerrufen, ohne dass die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung berührt wird.
- ▶ Sie haben das Recht gemäß Art. 77 DSGVO, sich bei der Aufsichtsbehörde zu beschweren, wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung ihrer personenbezogener Daten nicht rechtmäßig erfolgt. Die Anschrift der für unser Unternehmen zuständigen Aufsichtsbehörde lautet:

Kassenärztliche Vereinigung Bayerns (KZVB)

Körperschaft des öffentlichen Rechts

Fallstraße 34

81369 München

www.kzvb.de

6. Verpflichtung zur Bereitstellung durch Sie als Betroffenen

Die Verarbeitung der genannten Daten ist für die Durchführung der Behandlung erforderlich. Im Rahmen einer vertragszahnärztlichen Behandlung sind Sie gesetzlich verpflichtet, die erforderlichen Informationen im Rahmen Ihrer Mitwirkungspflicht zu erteilen. Ohne die Verarbeitung insbesondere von Gesundheitsdaten können wir den Behandlungsvertrag nicht durchführen und müssten eine (Fortführung der) Behandlung ablehnen.

Soweit wir Ihre Daten zum Zwecke der Abrechnung unserer Leistungen verarbeiten, geschieht dies teilweise zur Verwaltungsvereinfachung in unserer Praxis. Wird eine Einwilligung in diese Datenverarbeitung nicht erteilt, können wir, soweit wir nicht zur Durchführung der Behandlung gleichwohl verpflichtet sind (z.B. Notfallbehandlung), die (Fortführung der) Behandlung von der Einwilligung abhängig machen.

Ja, ich habe die Patienteninformation zum Art. 13 DSGVO gelesen.

Ort

Datum

Unterschrift

Name

Vorname

PLZ Ort

Geburtsdatum

Pflichtfeld – per Hand ausfüllen oder per EDV bedrucken

Name, Vorname

Geburtsdatum

Straße

PLZ, Ort

Stellung zum Patienten:
 Vater Mutter Betreuer
 oder

EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG ECHTES FACTORING

1. Ich bin mit der Weitergabe der zum Zweck der Abrechnung der erbrachten Leistungen jeweils erforderlichen, insbesondere der Patientenkartei entnommenen Informationen (Name, Geburtsdatum, Anschrift, Diagnose, Untersuchungs- und Behandlungsdaten) sowie der Abtretung der Forderung zum Zweck des Einzuges an die PVS dental GmbH (kurz: PVS dental) einverstanden.
2. Ich stimme zu, dass die PVS dental die Leistungen meines Arztes/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 dental Prozesspartei und mein Arzt/Zahnarzt kann als Zeuge gehört werden. Insoweit entbinde ich den Arzt/Zahnarzt hiermit zugleich auch von seiner ärztlichen Schweigepflicht.
3. Ich ermächtige meinen Arzt/Zahnarzt vor Beginn der Behandlung bei einer Auskunftei oder Kreditschutzorganisation (Experian GmbH) eine Auskunft über meine Bonität bzw. bei Rechnungsbeträgen über 5.000,- EUR eine Schufa-Auskunft einzuholen. Die Datenübermittlung an die Auskunftei oder Kreditschutzorganisation erfolgt über die PVS dental, Limburg. Die PVS dental gibt keine Patientendaten an eine Bank weiter.
4. Diese Erklärung gilt auch für Forderungen, die aus zukünftigen Behandlungen entstehen. Sie kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft gegenüber meinem Arzt/Zahnarzt oder der PVS dental 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 der Praxis und der PVS dental mehr statt.

(Bitte ankreuzen)

DIGITALER RECHNUNGSVERSAND

Ich willige ein, dass die PVS dental mir meine Rechnungen elektronisch zustellen darf. Die Zustellung erfolgt datenschutzkonform über das PVS-Patientenportal und ist mit einer 2-Faktoren-Authentifizierung mittels SMS-Service abgesichert. Ich bestätige die Richtigkeit meiner folgenden Mobilfunknummer:

Ort / Datum

Unterschrift Patient bzw. gesetzlicher Vertreter**

- * Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf die gleichzeitige Verwendung männlicher und weiblicher Sprachformen verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten gleichermaßen für beiderlei Geschlecht.
- ** Unterzeichnet bei minderjährigen Kindern ein Elternteil allein, so sichert er ausdrücklich zu, dass die Einwilligung des anderen Sorgeberechtigten ebenfalls vorliegt.

WICHTIGE INFORMATIONEN ZU IHRER PRIVATABRECHNUNG

(Art. 12 ff. DSGVO i. V. m. §§ 32 ff. BDSG - neu)

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient, bitte nehmen Sie sich kurz Zeit. Im Rahmen Ihrer Behandlung fallen Daten über Sie an, die zur Erfüllung des Behandlungsvertrages im notwendigen Umfang verarbeitet werden müssen. Diese können unter Beachtung der jeweiligen datenschutzrechtlichen Vorschriften in dem jeweils erforderlichen Maß auch an Dritte (z. B. Labore, weiterbehandelnde Ärzte) weitergegeben werden. Wir übermitteln Ihre personenbezogenen Daten nur dann an Dritte, wenn dies gesetzlich erlaubt ist oder Sie eingewilligt haben.

Zur Abrechnung unserer Ihnen gegenüber erbrachten Leistungen beabsichtigen wir, die PVS dental GmbH (kurz: PVS dental) zu beauftragen. Die PVS dental ist ein Tochterunternehmen von mehreren berufsständischen Privatärztlichen Verrechnungsstellen mit langjähriger Erfahrung in der zahnärztlichen Abrechnung. Zweck dieser Zusammenarbeit ist es, unsere Verwaltung in Abrechnungsfragen zu entlasten und Sie bei Kostenerstattungsproblemen zu unterstützen. Hierdurch gewinnen wir mehr Zeit zur optimalen Betreuung unserer Patienten. Ihre Honorarabrechnung erfolgt dabei nach unseren Vorgaben.

Empfänger der Daten ist die PVS dental. Die PVS dental unterliegt als Berufsgeheimnisträger, so wie wir selbst auch, den Bestimmungen der gesetzlichen Schweigepflicht und des Datenschutzes. In allen Fragen zur Abrechnung erreichen Sie die PVS dental als Ihren kompetenten Ansprechpartner unter der angegebenen Anschrift oder unter Tel.: +49 6431 28580-0 bzw. E-Mail: info@pvs-dental.de.

Wir möchten Sie daher bitten, sich die umseitige Einwilligungserklärung durchzulesen und Ihre Zustimmung zu dem beschriebenen Vorgehen zur Honorarabrechnung, insbesondere zur Weitergabe Ihrer hierfür erforderlichen Gesundheitsdaten zu erteilen. Ihre Einwilligung ist **freiwillig**. Ihre Behandlung ist von dieser Einwilligungserklärung unabhängig!

Die von der PVS dental verarbeiteten Gesundheitsdaten werden ab Zweckfortfall gesperrt und nach Ablauf der gesetzlichen Aufbewahrungsfris-

ten gelöscht. Sie haben das Recht, über die Sie betreffenden personenbezogenen Daten Auskunft zu erhalten. Auch können Sie die Berichtigung unrichtiger Daten verlangen. Darüber hinaus steht Ihnen unter bestimmten Voraussetzungen das Recht auf Löschung von Daten, das Recht auf Einschränkung der Datenverarbeitung sowie das Recht auf Datenübertragbarkeit zu. Ihre Anliegen zum Datenschutz richten Sie bitte unmittelbar an den Datenschutzbeauftragten der PVS dental (datenschutz@pvs-dental.de). Weitere Informationen zum Datenschutz bei der PVS dental finden Sie in der PVS-Transparenzerklärung die jederzeit im Internet abrufbar ist unter www.pvs-dental.de/datenschutz

Sie haben ferner das Recht, sich bei der zuständigen Aufsichtsbehörde für den Datenschutz zu beschweren, wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht rechtmäßig erfolgt. Die Kontaktdaten der zuständigen Aufsichtsbehörde lauten:

Der Hessische Datenschutzbeauftragte
Postfach 3163, 65021 Wiesbaden
E-Mail: poststelle@datenschutz.hessen.de

Vielen Dank für Ihr Vertrauen!
Ihr Praxisteam



REITMANN & REITMANN
Ihre Praxis für Kieferorthopädie

Landsberger Straße 63a
82110 Germering
Tel.: 089 / 89 40 41 41
E-Mail: praxis@kfo-reitmann.de

Praxisstempel