



**HERZLICH WILLKOMMEN IN UNSERER PRAXIS!**

Um Ihr Kind fachgerecht beraten und behandeln zu können, benötigen wir neben den Personalien auch einige Angaben zu bestimmten Gesundheitsfragen. Bitte füllen Sie diese vollständig aus.

Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht!

**FORMULAR  
ZURÜCKSETZEN**

**FORMULAR  
DRUCKEN**

Termin vereinbart

Termin

**1 PATIENT**

Name  Vorname  Geb.datum

versichert bei (Vater, Mutter, selbst)

Name  Vorname  Geb.datum

Adresse des Patienten

Straße  PLZ  Ort

Tel. privat  Tel. mobil \*  E-Mail

Beruf / Tätigkeit der Eltern \*

Mutter  Vater

**2 KRANKENKASSE/-VERSICHERUNG**

Name Ihrer Krankenkasse/-versicherung

privat

Name Ihres Zahnarztes  Ort der Praxis

beihilfeberechtigt

PKV-Basistarif o.ä.

**GRUND IHRES KOMMENS \***

gesetzlich pflichtversichert

gesetzlich freiwillig versichert

Empfehlung durch Ihren Zahnarzt

Empfehlung von

Geschwisterkind in Behandlung? Name

**3 ERZIEHUNGSBERECHTIGTE/R**

Mutter Name  Vorname  Geburtsdatum

Straße  PLZ  Ort

Tel. privat  Tel. beruflich  Tel. mobil

Vater Name  Vorname  Geburtsdatum

Straße  PLZ  Ort

Tel. privat  Tel. beruflich  Tel. mobil

\* Diese Angaben sind freiwillig!



Zutreffendes bitte ankreuzen!

4 ANGABEN ZUM GESUNDHEITZUSTAND

Diabetes

Asthma

Herzinnenhautentzündung  
(Endokarditis)

Leberentzündung  
(Hepatitis)

Blutgerinnungsstörung

Kreislaufstörung

AIDS, HIV

Sonstige Infektionskrankheiten  
(Welche?)

Andere Erkrankungen

Allergien?  
(Wogegen?)

Sonstige Allgemeinerkrankungen,  
Operationen oder Behinderungen?

Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein?  
(Wenn Ja, welche?)

JA NEIN

5

Ist oder war Ihr Kind beim Logopäden (Sprachtherapeuten) in Behandlung?

JA NEIN

Ist oder war Ihr Kind beim Hals-Nasen-Ohrenarzt in Behandlung?

JA NEIN

Hat Ihr Kind genuckelt/gelutscht bzw. tut dies immer noch?

JA NEIN

Womit / Woran?

Bis zu welchem Alter?

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

Welche?

6

Klagt Ihr Kind über Geräusche im Kiefergelenk?

Wenn ja, auf welcher Seite?

JA NEIN

Hatte Ihr Kind schon einmal Schmerzen im Kiefergelenksbereich?

Wenn ja, welche? (bei weiter Mundöffnung, großen Bissen, beim Kauen, beim Gähnen)

JA NEIN

Knirscht Ihr Kind mit den Zähnen?

JA NEIN

Atmet Ihr Kind häufig durch den Mund?

JA NEIN

7

Hatte Ihr Kind jemals einen Unfall mit Beteiligung der Zähne oder des Kiefers?

JA NEIN

Wenn ja, in welchem Alter?

Welche Beschwerden traten auf?

Macht Ihr Kind „zahn-gefährdende“ „Risikosportarten“?

z. B. Inlineskating, Hockey, etc.

JA NEIN

Spielt Ihr Kind ein Blasinstrument?

Wenn ja, welches?

JA NEIN



Zutreffendes bitte ankreuzen!

**8**

Wurde Ihr Kind schon kieferorthopädisch beraten?  JA NEIN  
Wenn Ja, bei wem?

Wurde Ihr Kind schon kieferorthopädisch behandelt?  JA NEIN  
Wenn Ja, wann und bei wem?

Ist Ihr Kind zurzeit in kieferorthopädischer Behandlung?  JA NEIN  
Wenn Ja, seit wann und bei wem?

Welche Spangen werden/ wurden getragen? Herausnehmbare Spangen, Tragezeit:  Stunden  
Tag & Nacht?

Feste Spangen (Brackets, Bänder, Außenbogen) JA NEIN

Wurde die Behandlung abgebrochen?

**9**

Wurde Ihr Kind in den letzten 12 Monaten geröntgt?  JA NEIN  
Wenn ja, wann? Wo? Aus welchem Grund? Welche Körperregion?

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

**10**

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](http://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 Rechnungs Begründung 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](mailto: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](mailto: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](http://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](mailto: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](mailto:praxis@kfo-reitmann.de)

Praxisstempel