



Liebe Eltern,

bevor wir uns in Ruhe über kieferorthopädische Wünsche oder Sorgen Ihres Kindes unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über den Gesundheitszustand Ihres Kindes. Dies ist wichtig für eine adäquate und risikofreie Behandlung. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Mit Ihrer Unterschrift erklären Sie Ihr Einverständnis, bei festgestellter Behandlungsnotwendigkeit zum Zwecke der Aufstellung des Heil- und Kostenplanes die diagnostischen Unterlagen in dieser Praxis erstellen zu lassen. Vielen Dank!

Patient/in

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Geburtsort: _____

Straße, Hausnummer, Wohnort: _____

Telefon: _____ Handy: _____

E-Mail: _____

Extra Rechnungsanschrift: _____

Versicherte/r Mutter Vater Betreuer/in Sonstiges:

Name, Vorname: _____

Straße, Hausnummer, Wohnort: _____

Geburtsdatum: _____

Beruf der Eltern: _____

Krankenkasse/ Versicherung: _____

Beihilfeberechtigt Private Zusatzversicherung Sonstiges:

Schule des Kindes: _____

Hat das Kind Geschwister: Ja Nein Anzahl der Geschwister in kieferorthopädischer Behandlung: _____

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Internet Social Media Überweisung Empfehlung von: _____

Zahnarzt: _____

Wie häufig geht Ihr Kind zum Zahnarzt? _____

Wie häufig putzt Ihr Kind die Zähne? _____

Blutet das Zahnfleisch beim Zähne putzen? Ja Nein

Nimmt Ihr Kind fluoridhaltige Tabletten? Ja Nein

Wann bekam Ihr Kind den ersten bleibenden Schneidezahn? _____

Wurde Ihr Kind schon kieferorthopädisch untersucht und beraten? Ja Nein

Wurde oder wird bei Ihrem Kind bereits eine kieferorthopädische Behandlung durchgeführt? Ja Nein

Wenn Ja in welcher Praxis? _____

Wurden bei Ihrem Kind eine oder mehrere der folgenden Krankheiten festgestellt?

- Asthma Ja _____ Nein
- Allergie Ja _____ Nein
- Herz-/ Kreislauferkrankungen Ja _____ Nein
- Diabetes Ja _____ Nein
- Schilddrüsenerkrankung Ja _____ Nein
- Infektionskrankheiten Ja _____ Nein
- Nierenerkrankungen Ja _____ Nein
- Tumor/ Krebs Ja _____ Nein
- Magen-/ Darmerkrankungen Ja _____ Nein
- Anfallsleiden/ Epilepsie Ja _____ Nein
- Häufige Erkältungskrankheiten Ja _____ Nein

Sonstige Krankheiten, Operationen oder Behinderungen?

Nimmt Ihr Kind Medikamente ein? Ja Nein

Welche? _____

Warum? _____

Hatte Ihr Kind einen Schnuller? Ja Nein Wenn ja, wie lange? _____

Lutscht ihr Kind am Daumen? Ja Nein Wenn ja, wann und wie oft? _____

Bestehen oder bestanden besondere Angewohnheiten (z.B. Zähne knirschen, Lippen beißen, Fingernägel kauen)?

Atmet Ihr Kind im Allgemeinen: durch die Nase durch den Mund

Schläft Ihr Kind mit offenem Mund? Ja Nein

Haben Sie bei Ihrem Kind Sprachstörungen bemerkt? Wenn ja, welche (z.B. Lispeln)? _____

Spielt Ihr Kind ein Musikinstrument (Blasinstrument)? Wenn ja, welches? _____

Wer hat in der Familie eine ähnliche Zahnstellung? _____

Wir möchten Sie in unser Recallsystem aufnehmen, damit Verzögerungen bei der Behandlung vermieden werden.

Für gesetzlich Versicherte

Wir brauchen die Krankenversichertenkarte bei jedem Besuch in der Praxis. Liegt sie uns auch 14 Tage nach der Behandlung nicht vor, so betrachten wir Ihr Kind als Privatpatienten und Sie erhalten eine Rechnung nach der GOZ (Gebührenordnung für Zahnärzte).

Bestellpraxis

Wir sind immer bemüht, Ihnen lange Wartezeiten zu ersparen. Deshalb bitten wir Sie, vereinbarte Termine mindestens 24 Std. vorher abzusagen, falls Sie verhindert sind. Wir sind berechtigt, nicht eingehaltene Termine auch Mitgliedern der gesetzlichen Krankenversicherung nach der privaten Gebührenordnung (GOZ) in Rechnung zu stellen.

Ort/Datum

Unterschrift Patient/in bzw. gesetzlicher Vertreter*

* Unterzeichnet bei minderjährigen Kindern ein Elternteil allein, so sichert er ausdrücklich zu, dass die Einwilligung des anderen Sorgeberechtigten ebenfalls vorliegt.

Einwilligung in die Verarbeitung personenbezogener Daten durch die Praxis Dr. Isabel Drerup

Sehr geehrte Eltern, liebe Patienten,

in unserer Praxis möchten wir aus organisatorischen Gründen auch Verarbeitungen von Daten vornehmen, für die jeweils eine Einwilligung des Patienten erforderlich ist.

Diese Verarbeitungen sind im Einzelnen unten aufgeführt und in einer kieferorthopädischen Praxis durchaus üblich. Wir möchten Sie bitten, durch Ihre Unterschrift zu bestätigen, dass bzw. mit welchen Verarbeitungen Sie einverstanden sind. Die Behandlung ist hiervon selbstverständlich nicht abhängig. Sie haben jederzeit die Möglichkeit, jede Einwilligung jederzeit durch formlose Mitteilung an uns zu widerrufen.

Die Art und der Umfang der verarbeiteten Daten und mögliche Empfänger sind in allen Fällen auf das für den jeweiligen Zweck erforderliche beschränkt. Die Daten werden nach Ablauf der gesetzlichen Aufbewahrungsfristen gelöscht. Es sind technische und organisatorische Maßnahmen getroffen, um die Daten gegen Manipulation, Verlust, oder den Zugriff unberechtigter Personen zu schützen.

Verantwortlich für die Datenverarbeitung und Ihr Ansprechpartner für Fragen ist:

GWS GmbH

GF: Tabea Knabe

Hugo-Herrmann-Str. 4

72766 Reutlingen

Tel: 07121/4869986

Email: verwaltung@gws-gmbh.eu

Wir verweisen auf unsere Datenschutzrichtlinien, die Sie in den Praxisräumen einsehen können.

Name, Vorname des Patienten: _____

- 1. Recallsystem**
- 2. Datenübermittlung an Ihre Krankenkasse**, dazu gehören Abrechnung sowie Auskünfte über den Verlauf der Behandlung.
- 3. Weitergabe und Übermittlung, sowie Anforderung**, von diagnostischen Unterlagen an/von **Mit- und Weiterbehandler(n)**
- 4. Erstellung von Röntgenbildern bei ärztlicher Notwendigkeit**, dies gilt nur in Ausnahmefällen. In der Regel werden Sie und/oder Ihr Kind schon bei dem vorausgehenden Termin über anstehende Röntgenbilder informiert.
- 5. Geburtstagskarte**, jeder Patient bekommt an seinem Geburtstag eine Glückwunschkarte von uns zugeschickt.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich ausreichend über die jeweils beabsichtigten Verarbeitungen informiert bin und **freiwillig** mein Einverständnis in die Verarbeitung erkläre, **sofern ich diese oben nicht insgesamt oder einzeln durchgestrichen habe.**

In demselben Umfang, beschränkt auf den jeweiligen Verarbeitungszweck, **entbinde** ich Dr. Isabel Drerup und das für die jeweilige Verarbeitung eingesetzte Personal von der **Zahnärztlichen Schweigepflicht.**

Datum, Unterschrift

Name, Vorname und Anschrift des Patienten*

geboren am

Name, Vorname

Geburtsdatum

Straße

PLZ, Ort

Stellung zum Patienten:

 Vater Mutter Betreuer
 oder

Pflichtfeld – per Hand ausfüllen oder per EDV bedrucken

Telefonnummer (priv.)

Beruf/Arbeitgeber

EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG 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 (Creditreform Boniversum GmbH) eine Auskunft über meine Bonität bzw. bei Rechnungsbeträgen über 5.000,- Euro 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.

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.: 06431-285800 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 die Datenschutzbeauftragte 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.html

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

