



Liebe Patientin, lieber Patient,

wir heißen Sie in unserer Gemeinschaftspraxis recht herzlich willkommen und freuen uns darauf, Sie kennenzulernen. Um Ihnen von Beginn an einen reibungslosen Behandlungsablauf gewährleisten zu können, benötigen wir zunächst einige personenbezogene Daten:

	Patient	Hauptversicherer
Name:		
Vorname:		
geboren am:		
Krankenkasse/Versicherung:		
Straße:		
PLZ/Ort:		
Arbeitgeber:		
Beruf:		
Telefon privat:		
Telefon beruflich:		
Mobil:		
E-Mail-Adresse:		

Zu Ihrer und unserer Sicherheit benötigen wir weitere wichtige Informationen:
Hatten oder haben Sie folgende Krankheiten?

Asthma	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Allergien	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	wenn ja, welche:
Blutdruck	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> niedrig	<input type="checkbox"/> hoch ggf. Werte:
Diabetes	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Herz-/Kreislaufstörungen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Herzfehler	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Schlaganfall	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	ggf. wann:
Rheuma	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	ggf. wann:

Osteoporose	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	ggf. Medikamente:
Neigen Sie zu Nachblutungen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Infektionskrankheiten (Hepatitis, AIDS etc.)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	wenn ja, welche:
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	wenn ja, welche:
Leiden Sie an einer Krankheit, die hier nicht aufgeführt ist?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	wenn ja, welche:
Besteht zurzeit eine Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	wenn ja, welche Woche?

Rauchen Sie? ja, weniger als 10 Zigaretten pro Tag nein
 ja, mehr als 10 Zigaretten pro Tag

Sind Sie an hochwertiger, innovativer Zahnheilkunde interessiert? (z. B.: Implantate, Keramikversorgung usw.) ja nein

Sind Sie an professioneller Zahnreinigung und Aufklärung über Zahn- pflege interessiert? (Entfernen von Zahnverfärbungen, Bleichen, usw.) ja nein

Wurde Ihnen unsere Praxis empfohlen oder wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Empfehlung Name: _____

Internet Wo genau? _____ Suchbegriff _____

Anzeige Wo? _____

Haben Sie besondere Wünsche und Erwartungen an uns?

Höflich möchten wir Sie noch darauf hinweisen, dass jegliche, in unserer Praxis ausgeführten Leistungen bis zu einem Gesamtbetrag von 150,00 EUR direkt im Anschluss an die Behandlung bar oder per EC-Cash-Zahlung ausgeglichen werden müssen.

Einverständniserklärung echtes Factoring (Forderungskauf)

Um uns von dem steigenden Verwaltungsaufwand zu entlasten und mehr Zeit für unsere Patienten zu haben, arbeiten wir mit der PVS dental GmbH zusammen. Diese ist eine Tochter mehrerer berufsständischer Gemeinschaftseinrichtungen, die von Ärzten und Zahnärzten gegründet wurde und durch diese geleitet werden. Ihre Mitarbeiter unterliegen – wie jeder Arzt oder Zahnarzt – den Bestimmungen der Schweigepflicht und des Datenschutzes. Unsere Honorarforderungen treten wir an die PVS dental GmbH ab. Die PVS dental GmbH wird die Rechnungen erstellen und die Honorarforderungen für eigene Rechnung einziehen. Im Falle eines Rechtsstreits ist die PVS dental GmbH Prozesspartei und wir würden gegebenenfalls als Zeuge gehört werden.

Wir bitten Sie, uns durch Ihre Unterschrift Ihr – im Einzelfall widerrufliches – Einverständnis zu erteilen, die Rechnungserstellung und zur Abtretung unserer Forderungen notwendigen persönlichen Behandlungsdaten wie Anschrift, Geburtsdatum, Kostenträger, Behandlungstage, erbrachte Leistungen nach der Gebührenordnung und dazugehörige Diagnosen an die PVS dental GmbH zu übermitteln.

Gleichzeitig ermächtigen Sie uns durch Ihre Unterschrift, vor Beginn der Behandlung bei einer Auskunft oder Kreditschutzorganisation (CEG Creditreform Consumer GmbH, Schufa) eine Auskunft über Ihre Bonität einzuholen.

Die Datenübermittlung an die Auskunft oder Kreditschutzorganisation erfolgt über die PVS dental GmbH, Auf der Heide 2, 65553 Limburg an der Lahn.

Für einen reibungslosen Praxisablauf – ohne längere Wartezeiten – ist es wichtig, dass Sie Ihre Termine pünktlich einhalten. Können Sie einen Termin nicht wahrnehmen, geben Sie uns bitte **drei Tage vorher** Bescheid. Bei versäumten Terminen müssen wir Ihnen eine Ausfallgebühr in Rechnung stellen.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben.

Datum und Unterschrift