



Pat.Nr.: \_\_\_\_\_

## Anmeldebogen

### Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Herzlich willkommen in der Praxis für Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie Bamberg!

Wir freuen uns, dass Sie uns Ihr Vertrauen schenken und unsere Praxis aufgesucht haben. Im Interesse einer möglichst sicheren und reibungslosen Behandlung, bitten wir Sie, die Fragen möglichst genau und vollständig zu beantworten und die erforderlichen Einwilligungen zu unterzeichnen. Aus Gründen der medizinischen und rechtlichen Sicherheit ist dies dringend erforderlich. Für Rückfragen stehen wir Ihnen jederzeit gerne zur Verfügung.

Name Vorname	Geburtsdatum	
Straße	PLZ, Ort	
Telefon/Handy-Nummer	E-Mail-Adresse @	
Krankenkasse	Name des Mitgliedes	Geb. des Mitgliedes

### Bei minderjährigen Patienten:

Gesetzlicher Vertreter: \_\_\_\_\_ geb: \_\_\_\_\_

Sind Sie im Basistarif versichert? (Privat Patienten)  Ja, Faktor \_\_\_\_\_  Nein

Haben Sie eine Zusatzversicherung?  Ja  Nein

Für welche Leistungen? \_\_\_\_\_

(Bei Privatpatienten) Rechnung an: \_\_\_\_\_

### Ihre behandelnden Ärzte:

Zahnarzt: \_\_\_\_\_ Anschrift: \_\_\_\_\_

Hausarzt \_\_\_\_\_ Anschrift: \_\_\_\_\_

Liegt eine Schwangerschaft vor?  Ja  Nein Woche: \_\_\_\_\_

Liegt ein Pflegegrad vor?  Ja  Nein Pflegestufe: \_\_\_\_\_

### Leiden Sie unter einer der folgenden Krankheiten (zutreffendes bitte ankreuzen):

#### Zurzeit bestehende Krankheiten

Herz-Kreislaufkrankung  Ja  Nein

Hoher Blutdruck  Ja  Nein

Blutgerinnungsstörungen  Ja  Nein

Ohnmachtsneigung  Ja  Nein

Herzpass  Ja  Nein

Haben Sie einen Herzschrittmacher?  Ja  Nein

Diabetes  Ja  Nein

Magen-Darmerkrankungen  Ja  Nein

Rheuma  Ja  Nein

Nierenerkrankungen  Ja  Nein

Ja  Nein

#### Infektionskrankheiten

Hepatitis  Ja  Nein

HIV  Ja  Nein

Tuberkulose  Ja  Nein

#### Allergien

Asthma  Ja  Nein

Latex  Ja  Nein

Allergiepass  Ja  Nein

Antibiotika  Ja  Nein

Sonstige \_\_\_\_\_

## ▼ Bitte wenden! ▼

### Tumorerkrankungen

Chemotherapie  Ja  Nein

Bestrahlung  Ja  Nein

### Knochenkrankungen

Bisphosphonatbehandlung  Ja  Nein

### Augenerkrankungen

Glaukom / grüner Star  Ja  Nein

Katarakt / grauer Star  Ja  Nein

### Suchtmittelkonsum

Alkohol regelmäßig  Ja  Nein

Drogen regelmäßig  Ja  Nein

Zigaretten  < 10 pro Tag  > 10 pro Tag

Sind Sie z. Zt. In stationärer Behandlung ?  Ja  Nein Krankenhaus \_\_\_\_\_

Frühere Erkrankungen \_\_\_\_\_

Nehmen Sie gerinnungshemmende Medikamente (Aspirin / ASS / Marcumar)?  Ja  Nein

Nehmen Sie sonstige Medikamente? Welche: \_\_\_\_\_

Wann wurden Sie zum letzten Mal geröntgt? \_\_\_\_\_

Welches Organsystem / Körperteil? \_\_\_\_\_

### Erläuterungen und Hinweise:

Ich bin damit einverstanden, dass meine Behandlungsdaten / Befunde durch die Praxis für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie an den von mir genannten behandelnden Zahnarzt, Hausarzt, weiterbehandelnden Arzt zu Dokumentations- und Weiterbehandlungszwecken übermittelt werden. Ferner bin ich damit einverstanden, dass bei meinem behandelnden Zahnarzt / Hausarzt / weiterbehandelndem Arzt Befunde, soweit diese für meine Behandlung in der Praxis für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie erforderlich sind, durch die Praxis angefordert werden können. Diese Zustimmung gilt auch für zukünftige Behandlungen. Diese Einwilligungserklärung kann jederzeit widerrufen werden!

Um mehr Zeit für Ihre Behandlung und Betreuung zu haben, halten wir unseren Verwaltungsaufwand so gering wie möglich. Deshalb haben wir die Abrechnung an unseren Partner Health AG, Hamburg übertragen. Health AG verarbeitet Patientendaten mit höchster Sorgfalt und absoluter Vertraulichkeit.

Ich bin einverstanden mit der Weitergabe der zum Zwecke der Abrechnung und Geltendmachung von Forderungen aus der Behandlung erforderlichen Informationen, insbesondere von Daten aus den Patientenunterlagen (Namen, Anschrift, Geburtsdatum, Befunde, Behandlungsdaten und – Verläufe usw.), an die Health AG sowie mit der dort erfolgenden Speicherung.

Ich bin einverstanden mit der Rechnungsstellung durch die Health AG in eigenem Namen und auf eigene Rechnung.

Ich bin einverstanden mit der Weitergabe der vorgenannten Informationen, insbesondere von Daten aus den Patientenunterlagen an die SPV Health Finanzierungs-GmbH, Kurfürstendamm 125a, 10711 Berlin.

Ich bin einverstanden mit einer Abtretung der sich aus der Behandlung ergebenden Forderung(en) durch die Health AG zum Zwecke der Refinanzierung mit einer Weiterabtretung der Forderung(en) durch die Health AG an die SPV Health Finanzierungs-GmbH und entbinde insoweit meinen Behandler bzw. die Praxis MKG-Chirurgie (Praxisstempel) sowie die Health AG von der Schweigepflicht, sofern dies für die Geltendmachung der Forderung durch die Health AG oder die SPV Health Finanzierungs-GmbH erforderlich ist. Ich weiß, dass Einwände gegen die Forderung gegenüber der Health AG oder ggf. der SPV Health Finanzierungs-GmbH zu erheben und dabei unter Umständen Einzelheiten aus der Behandlung offenzulegen sind und mein Behandler bzw. die Praxis im Rahmen einer möglichen Auseinandersetzung mit der Health AG oder ggf. der SPV Health Finanzierungs-GmbH als Zeuge vernommen werden kann.

Diese Erklärung gilt als Benachrichtigung nach § 33 BDSG.

Ich bin ferner damit einverstanden, dass mein Behandler bzw. die Praxis oder die Health AG Informationen über meine Bonität bei Wirtschaftsauskunfteien, z. B. bei Bürgel Wirtschaftsinformativen GmbH, Hamburg, insbesondere über mich gespeicherte Adress- und Bonitätsdaten einschließlich solcher Wahrscheinlichkeitswerte, die auf der Basis mathematisch-statistischer Verfahren ermittelt werden, einholt.

Ich erteile meine Einwilligung freiwillig und bin darüber informiert, dass eine Behandlung nicht von der Erteilung abhängig ist. Meine Zustimmung gilt auch für zukünftige Behandlungen und kann von mir jederzeit mit Wirkung für die Zukunft schriftlich gegenüber meinem Behandler bzw. der Praxis oder der Health AG widerrufen werden.

### **Teilnahme an unserem Erinnerungssystem:**

Nach der aktiven Behandlungsphase bieten wir Ihnen einen speziellen Service zur Nachsorge an, bei der Sie kontinuierlich und individuell an Ihren Kontrolluntersuchungstermine erinnert werden.

**Ich möchte den Recall Service der Praxis in Anspruch nehmen. Bitte erinnern Sie mich regelmäßig an einen Nachsorgetermin zur Untersuchung und/oder Behandlung. Die Teilnahme am Recall kann ich jederzeit widerrufen.**

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_

Patient/Zahlungspflichtiger oder dessen gesetzlicher Vertreter