

Dr. Inken Dürkop, geb. Polensky

Zahnärztin

Bismarckstr. 74 38667 Bad Harzburg
Tel.: 05322 – 23 43 Fax: 05322 – 95 08 43

HERZLICH WILLKOMMEN IN UNSERER PRAXIS

Patientenbefragungsbogen

Sehr geehrte Patientin!
Sehr geehrter Patient!

Krankheiten aller Art können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben.
Bitte füllen Sie deshalb diesen Fragebogen sorgfältig aus. Er wird Ihrer Karteikarte beigelegt.
Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dienen ausschließlich dazu, unsere
Behandlung Ihrem Gesundheitszustand anzupassen.
Sollten Sie Schwierigkeiten mit der Beantwortung einzelner Fragen haben, helfen wir Ihnen gerne.

Patientendaten

Name des Patienten: _____
geb. am: _____
Geburtsort: _____
Anschrift: _____

Name der Krankenkasse: _____

Bitte bei einer gesetzlichen Kasse angeben:

Pflichtversichert? **ja** [] **nein** []
Freiwillig versichert? **ja** [] **nein** []
Privat zahnärztlich Zusatzversichert? **ja** [] **nein** []
Liegt ein Pflegegrad vor? _____

Bitte bei einer Privatversicherung angeben:

Standardtarif? **ja** [] **nein** []
Basistarif? **ja** [] **nein** []
Beihilfeberechtigt? **ja** [] **nein** []

Telefon: _____
Fax: _____
Mobil: _____
Telefon Büro: _____
E-Mail-Adresse: _____
Beruf: _____

Versichertendaten (sofern sie von den Patientendaten abweichen)

Rechnung an Patienten oder Versicherten? _____
Versicherter: _____
geb. am: _____
Anschrift: _____

Weitere Angaben

Arbeitgeber: _____
Anschrift des Arbeitgebers: _____

Patient: _____

Seite 1

Ihr persönlicher Gesundheitsscheck

Name und Anschrift Ihres Hausarztes

Sind Sie in ständiger ärztlicher Behandlung?	ja [<input type="checkbox"/>]	nein [<input type="checkbox"/>]
Haben Sie zu hohen Blutdruck ? (Werte)	ja [<input type="checkbox"/>]	nein [<input type="checkbox"/>]
Haben Sie zu niedrigen Blutdruck (Ohnmacht, kalte Hände/Füße) (Werte)	ja [<input type="checkbox"/>]	nein [<input type="checkbox"/>]
Haben oder hatten Sie eine Endokarditis ? (Herzbeutelentzündung)	ja [<input type="checkbox"/>]	nein [<input type="checkbox"/>]
Herzschritmacher / Künstl. Herzklappen	ja [<input type="checkbox"/>]	nein [<input type="checkbox"/>]
Leiden Sie an Herzrhythmusstörungen oder Herzrasen?	ja [<input type="checkbox"/>]	nein [<input type="checkbox"/>]
Hatten Sie einen Herzinfarkt (wenn ja, wann?)		

Hatten Sie eine Herzoperation?	ja [<input type="checkbox"/>]	nein [<input type="checkbox"/>]
Leiden Sie an Angina pectoris? (Herzschmerzen)	ja [<input type="checkbox"/>]	nein [<input type="checkbox"/>]
Besitzen Sie einen Herzpass?	ja [<input type="checkbox"/>]	nein [<input type="checkbox"/>]
Hatten Sie Operationen im Kopf-,Brust-,Bauchbereich?	ja [<input type="checkbox"/>]	nein [<input type="checkbox"/>]
Haben Sie ein künstliches Gelenk erhalten ?	ja [<input type="checkbox"/>]	nein [<input type="checkbox"/>]
Haben oder hatten Sie eine der nachstehenden Erkrankungen?	ja [<input type="checkbox"/>]	nein [<input type="checkbox"/>]
- Schilddrüsenunterfunktion	ja [<input type="checkbox"/>]	nein [<input type="checkbox"/>]
- Schilddrüsenüberfunktion	ja [<input type="checkbox"/>]	nein [<input type="checkbox"/>]
- Asthma	ja [<input type="checkbox"/>]	nein [<input type="checkbox"/>]
- Heuschnupfen	ja [<input type="checkbox"/>]	nein [<input type="checkbox"/>]
- Lungenerkrankung	ja [<input type="checkbox"/>]	nein [<input type="checkbox"/>]
- Lebererkrankung (Hepatitis)	ja [<input type="checkbox"/>]	nein [<input type="checkbox"/>]
- Magen- / Darmerkrankung	ja [<input type="checkbox"/>]	nein [<input type="checkbox"/>]
- Nierenerkrankung	ja [<input type="checkbox"/>]	nein [<input type="checkbox"/>]
- Zuckerkrankheiten (Diabetes mellitus)	ja [<input type="checkbox"/>]	nein [<input type="checkbox"/>]
- Grünen Star	ja [<input type="checkbox"/>]	nein [<input type="checkbox"/>]
- Erkrankungen des Blutes (z.B. Blutgerinnungsstörungen)	ja [<input type="checkbox"/>]	nein [<input type="checkbox"/>]
- Leiden Sie an längeren Blutungen, z.B. nach Schnittverletzungen oder Zahnextraktionen	ja [<input type="checkbox"/>]	nein [<input type="checkbox"/>]
- Rheuma/rheumatisches Fieber	ja [<input type="checkbox"/>]	nein [<input type="checkbox"/>]
- Nervenerkrankungen	ja [<input type="checkbox"/>]	nein [<input type="checkbox"/>]
- Anfallsleiden (Epilepsie)	ja [<input type="checkbox"/>]	nein [<input type="checkbox"/>]
- Schlaganfall	ja [<input type="checkbox"/>]	nein [<input type="checkbox"/>]
- Tumorleiden, wenn ja : Operation, Chemotherapie, Bestrahlung	ja [<input type="checkbox"/>]	nein [<input type="checkbox"/>]

Art und Zeitpunkt der Erkrankung:

Wurden Sie schon einmal mit Avastin oder Bisphosphonate behandelt ?	ja [<input type="checkbox"/>]	nein [<input type="checkbox"/>]
---	---------------------------------	-----------------------------------

Dr. Inken Dürkop, geb. Polensky

Zahnärztin

Bismarckstr. 74 38667 Bad Harzburg
Tel: 05322-23 43 Fax: 05322 - 92 88 13

Seite 2

Patient:

- Ansteckende Krankheiten: Hepatitis A/B/C, Tuberkulose, HIV pos., Andere ja [] nein []

Falls ja:

Müssen Sie ständig Medikamente einnehmen? Wenn ja, welche?

Nehmen Sie Medikamente ein, die die Blutgerinnung hemmen? z.B. Marcumar? ja [] nein []

Sind sie allergisch auf bestimmte Medikamente oder Substanzen? Wenn ja, welche. z.B. Penicillin, Jod, Latex, Schmerzmittel

Haben Sie einen Allergiepass? ja [] nein []

Haben Sie häufig Erkältungskrankheiten? ja [] nein []

Ist bei Ihnen eine ungewöhnliche Reaktion auf eine zahnärztliche Behandlungsmaßnahme (Spritzen, Medikament) eingetreten? Wenn ja, was passierte?

Sind Sie ständig durstig? ja [] nein []

Bekommen Sie schnell blaue Flecken? ja [] nein []

Leiden Sie an Zungenbrennen / Gaumenbrennen? ja [] nein []

Leiden Sie unter schlecht heilenden Wunden? ja [] nein []

Für Patientinnen: Sind Sie schwanger? Wenn ja, welche Woche?

Rauchen Sie? Wenn ja, wie viel Zigaretten pro Tag etwa?

Konsumieren Sie alkoholische Getränke? (Bier, Wein, Sekt, Spirituosen) ja [] nein []

Konsumieren Sie zuckerhaltige Genussmittel ? (gesüßte Getränke, Schokoriegel, Eis) ja [] nein []

Haben Sie körperlichen oder psychischen Stress? ja [] nein []

Atmen Sie häufig durch den Mund? ja [] nein []

Sind Ihre Zähne durch Zahnlockerung oder Karies verloren gegangen? ja [] nein []

Haben Sie manchmal einen schlechten Geschmack im Mund? ja [] nein []

Haben Sie einen Zahnersatz (Kronen, Brücken, herausnehmbar)? ja [] nein []

Wenn ja, wie alt ist der Zahnersatz?

Wann war ihre letzte Röntgenuntersuchung im Kieferbereich? Welcher Bereich wurde geröntgt?

Grund Ihres Besuches

Untersuchung / Prophylaxe ja [] nein []

Haben Sie Zahnschmerzen? ja [] nein []

Blutet Ihr Zahnfleisch? ja [] nein []

Dr. Inken Dürkop, geb. Polensky
Zahnärztin

Bismarckstr. 74 - 38667 Bad Harzburg
Tel: 05322-2343 - Fax: 05322-950843

Grund Ihres Besuches

Haben Sie eine reduzierte Kaufunktion? ja () nein ()
Bemerken Sie ästhetische Mängel der Zähne
oder des Zahnersatzes? ja () nein ()
Wünschen Sie eine Reparatur des Zahnersatzes? ja () nein ()
Wünschen Sie über künstliche Zahnwurzeln (Implantate)
aufgeklärt zu werden? ja () nein ()
Möchten Sie darüber eine Beratung? ja () nein ()

Körpergröße und Gewicht:

halbjährliche Erinnerung/Recall ja () nein ()
MRSA-Erkrankung ja () nein ()
Latex-Allergie ja () nein ()

Pflegegrad oder Eingliederungshilfe ja () nein ()

wenn ja, welchen Pflegegrad _____

Bitte beachten Sie! Betäubungsmittel (Injektionen) können Ihre Fahrtüchtigkeit beeinträchtigen.
Bitte berücksichtigen Sie dies bei Ihren Behandlungsterminen.

Ich bestätige, die vorstehenden Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht zu haben und verpflichte mich, Sie umgehend über alle während des Behandlungszeitraumes auftretenden Änderungen zu informieren.

Wir benötigen Ihre Krankenversichertenkarte bei jedem Besuch in der Praxis. Liegt sie uns 14 Tage nach Behandlung nicht vor, betrachten wir Sie als Privatpatient und Sie erhalten eine Rechnung.

Datum: Unterschrift:

Terminabsage/Terminausfall

In unserer Bestellpraxis, Dr. Inken Dürkop Bismarckstr. 74, 38667 Bad Harzburg, halten wir extra für Ihre Behandlung einen Termin frei. Die Termine können nicht kurzfristig nachbesetzt werden, insbesondere führen wir auch keine Warteliste für Ausfälle. Bei kurzfristig abgesagten und nicht wahrgenommenen Terminen entstehen uns erhebliche finanzielle Einbußen.

Mir ist bekannt, dass die vereinbarten Termine **werktags 48 Stunden** vor dem Termin **gebührenfrei abgesagt** werden können. Ich bin darüber informiert, dass mir kurzfristig abgesagte oder unentschuldig nicht wahrgenommene Termine privat in Rechnung gestellt werden.

Datum: Unterschrift:

Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung für die Verarbeitung personenbezogener Patientendaten gemäß Artt. 6, 7 Abs. 1 lit. a DSGVO

04
4805
Dr. Inken Dürkop
Zahnärztin
Bismarckstr. 74
38667 Bad Harzburg
Tel.: 05322/2343

Patient/in:

Name	
Adresse	

Ich stimme hiermit der Speicherung meiner personenbezogenen Daten für den Zweck Zahnärztliche Untersuchung, zahnärztliche Behandlung, zahnärztliche Beratung durch die Praxis zu.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder durch E-Mail an die Praxis widerrufen kann (Art. 7 Abs. 3 DSGVO).

Mir ist bekannt, dass mein jederzeit möglicher Widerruf der Einwilligung die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt (Art. 7 Abs. 3 Satz 2 DSGVO).

_____, den _____

Patient/in

Name, Vorname, Anschrift Patient:in**

geboren am**



**Bitte diese Felder unbedingt ausfüllen

Liebe Patientin, lieber Patient,

wir möchten uns voll und ganz auf Sie und Ihre Behandlung konzentrieren. Deshalb haben wir uns dafür entschieden, die Abrechnung einem kompetenten Partner zu übertragen:

bfs⁺
health finance

BFS health finance GmbH
Hülshof 24 · 44369 Dortmund
Telefon 0231-94 53 62-600
Fax 0231-94 53 62-688
patientenservice@meinebfs.de

BFS gewährleistet die zügige, unkomplizierte und korrekte Bearbeitung Ihrer Rechnung. Sie ist zugleich Ihr freundlicher und kompetenter Ansprechpartner in allen Belangen der Rechnung und bietet Ihnen auf Wunsch auch Teilzahlungsmöglichkeiten.

Um die Abrechnung in Zusammenarbeit mit BFS zu ermöglichen, benötigen wir Ihr schriftliches Einverständnis. Daher bitten wir Sie um Ihre Zustimmung durch Unterzeichnung der nebenstehenden Erklärungen. Bitte beachten Sie für weitere Informationen zum Datenschutz unser Informationsblatt.

Weitergehende Informationen zum Thema Datenschutz bei BFS und zu Ihren Rechten erfahren Sie unter:

<https://meinebfs.de/datenschutz/>

Wir bedanken uns für Ihr Vertrauen.

* Streichungen und/oder Änderungen der vorstehenden Erklärungen sind nicht zulässig und machen die Einverständniserklärung unwirksam.

Einverständniserklärung*

Gesetzlicher Vertreter:in bei Minderjährigen/
Geschäftsunfähigen/beschränkt Geschäftsfähigen

Vorname

Nachname

Geburtsdatum

Straße

Nr.

PLZ/Ort

Ich erkläre mich ausdrücklich einverstanden mit der

- möglichen Anfrage durch den Behandelnden bei BFS bezüglich der Abrechnung über BFS, auch vor Aufnahme der Behandlung,
- Einholung einer Bonitätsinformation bei einer Auskunft durch BFS (unter Angabe von Name, Geburtsdatum und Anschrift des/der Patient:in/
Zahlungspflichtigen), soweit erforderlich,
- Abtretung der sich aus der Behandlung ergebenden Forderungen an BFS,
- Weiterabtretung der Forderungen durch BFS an die refinanzierende Bank (Landesbank Hessen-Thüringen Girozentrale),

- Übermittlung der für die Abrechnung und Geltendmachung der Forderungen erforderlichen Informationen (u.a. Name, Geburtsdatum, Anschrift, Diagnose, Leistungsziffern, Behandlungsdaten und -verläufe) an BFS und ggf. an die refinanzierende Bank,

- befristeten Nutzung meiner Daten durch BFS zur Prüfung des Entwicklungssystems und Optimierung interner Abläufe bei der Abrechnung; mit anschließender Löschung der Daten.

Ich wurde darüber informiert, dass BFS die Leistungen meines/meiner Behandlers:in mir gegenüber abrechnen und den Rechnungsbetrag bei mir geltend machen wird.

Behandler:in (Praxisstempel/Klinikausweis)

4805
Dr. med. dent. Inken Dürkop
Zahnärztin
Bismarckstrasse 74
38667 Bad Harzburg
Tel.: 05322/2343

Sollte es über die Berechtigung der Forderung unterschiedliche Auffassungen geben, kann der/die Behandler:in in einer etwaigen Auseinandersetzung als Zeuge:in gehört werden.

Nach Abschluss des Verfahrens werden die Daten gelöscht. Es gelten die gesetzlichen Aufbewahrungsfristen.

Beide Elternteile sind sorgeberechtigt und nur ein Elternteil ist anwesend.

Ich erkläre hiermit, in meiner Eigenschaft als gesetzliche Vertretung, zur alleinigen Einwilligungserteilung der Übermittlung der für die Abrechnung erforderlichen Informationen meines Kindes von dem abwesenden sorgeberechtigten Elternteil berechtigt zu sein.

Bitte durch Ankreuzen bestätigen.

Schweigepflichtsentbindung

Ich entbinde meinen Behandler:in, der/die Vertreter:in und BFS in dem aufgezeigten Rahmen jeweils von ihrer Schweigepflicht.

Vorstehende Erklärungen können mit Wirkung für die Zukunft schriftlich widerrufen werden.

Datum

Unterschrift Patient:in bzw. gesetzlicher Vertreter:in