



**PATIENT(IN)**

Name:..... Vorname:..... geb.:.....  
Strasse:.....  
PLZ:..... Ort:..... Telefon privat:.....  
Fax privat:..... E-Mail:.....  
Tel. geschäftl.:..... Mobiltelefon:.....  
Arbeitgeber:..... Beruf:.....

**VERSICHERTE(R)/ERZIEHUNGSBERECHTIGTE(R) /BETREUER(in)**

(nur wenn anders als oben)

Name:..... Vorname:..... geb.:.....  
Strasse:.....  
PLZ:..... Ort:..... Telefon privat:.....  
Arbeitgeber:..... Beruf:.....

Zwischen der/dem oben genannten Patientin/en und Dr. Elio Adler wird hiermit ein **Behandlungsvertrag** geschlossen. Dr. E. Adler kann mit Zustimmung des/der Patientin/Patienten die Leistungen auch von anderen Zahnärzten der Praxis durchführen lassen. Für das Honorar gilt die amtliche Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) und Ärzte (GOÄ).

Der Patient teilt ausdrücklich mit,

- in der nachfolgend genannten Versicherung privat krankenversichert zu sein: Name der Versicherung:..... mit eingeschränkter Erstattung wg.:  Basistarif / Standardtarif (2,0f) Nachweis erforderlich!
- daß eventuell zusätzlich die Beihilfe der Stadt/des Landes/Bundes für die Kosten aufkommt.
  
- nicht krankenversichert zu sein

Im Falle der Nicht-Zustimmung bitte ggf. Streichen:

**Persönliche Haftung**

Unabhängig vom Eintreten einer Versicherung oder Beihilfe haftet der **Patient** persönlich für die **Kosten** der Behandlung und für die dafür erforderlichen Material- und Laborkosten.

Erziehungsberechtigte treten den Verbindlichkeiten ihrer Kinder bei.

Einige **Versicherungen/Beihilfen** erstatten nicht den vollen Rechnungsbetrag, weil sie andere Rechtsauffassungen oder individuelle Vertragsinhalte haben. Leider wird dabei gelegentlich der Eindruck erweckt, die zahnärztliche Abrechnung sei nicht korrekt. Sollten Sie Fragen zu Ihrer Rechnung haben, bitten wir Sie, sich direkt mit uns in Verbindung zu setzen. Die

**Abtretung/Verpfändung** aller Ansprüche und Forderungen, die sich seitens des Patienten aus dieser Behandlung ergeben, sind gemäß § 399, Satz 1, 2 Alt. BGB ausgeschlossen – gesetzlich geregelte Forderungsübergänge sind davon ausgenommen.

**Material- und Laborkosten, Heil- und Kostenpläne**

Materialkosten werden in der Rechnung spezifiziert; Laborkosten werden durch die Rechnung des erstellenden Labors nachgewiesen. Auf Wunsch des Patienten werden für geplante Behandlungen Heil- und Kostenpläne erstellt. Die Einholung individueller Laborkostenvoranschläge gilt hiermit als angeboten.

**Datenschutz**

Der/Die Patient(in) stimmt der **Speicherung personenbezogener Daten** (Stammdaten, Befunde, Behandlungen, Dokumentation, Bilder usw.) für den Zweck der Patientenbetreuung und Behandlungsdokumentation und Abrechnung durch die Praxis zu. Diese Zustimmung kann jederzeit



# Checkliste zum aktuellen Gesundheitszustand

Alle Angaben unterliegen streng der ärztlichen Schweigepflicht. Die Beantwortung der **roten Fragen** ist **unverzichtbar**, die der **grünen Fragen freiwillig** – je mehr wir über Sie wissen, desto besser können Sie behandelt werden.

- Meine Ernährung ist**  „normal“  gesund und ausgewogen  Diät
- Rauchen**  Nichtraucher  0 - 10 Zigaretten pro Tag  über 10 Zigaretten
- Alkohol**  Ich trinke sehr selten / keinen Alkohol  Ich trinke manchmal Alkohol  Ich trinke häufiger Alkohol

- Medikamente**  Ich nehme folgende Medikamente/Präparate ein  
Bitte geben Sie auch Schlaf-, Schmerz-, Beruhigungs- und Abführmittel, Pille an

- Ich nehme keine Medikamente  Bisphosphonattherapie

- Erkrankungen**  Ich bin z.Zt. in ärztlicher Behandlung wegen: .....

Teilen Sie uns bitte Veränderungen Ihrer Gesundheit immer umgehend & ungefragt mit!

Ich leide an folgenden Krankheiten:

- OPs im Kopf-/Halsbereich: .....  
 Allergien gegen: .....  
 Lungen- und Atemwegserkrankungen (Asthma)  Lebererkrankungen  
 Nierenerkrankungen  Stoffwechselerkrankungen (z.B. Zucker)  
 Schilddrüsenerkrankungen  Hauterkrankungen  
 Augenerkrankungen (z.B. grüner Star)  Nervenleiden (z.B. Krampfanfälle)  
 Gemütsleiden, Depressionen  Erkrankungen des Skelettsystems  
 Bluterkrankungen / Gerinnungsstörungen  Kreislauf- und Gefäßerkrankungen  
 Infektionskrankheiten (z.B. Hepatitis B/C, HIV)  Herzerkrankungen

Nur für Frauen:  Ich bin schwanger  Ich stille gerade  Menopause

## Einige weitere Fragen

Ich wurde das letzte Mal an den Zähnen geröntgt im Jahre .....

- Ich bin in homöopathischer Behandlung  ja  nein
- Ich bin mit meinen Zähnen  sehr zufrieden  zufrieden  unzufrieden  völlig unzufrieden
- Ich habe Zahnfleischbluten  ja  nein  manchmal
- Ich leide unter Mundgeruch  ja  nein  manchmal
- Ich schnarche  oft  nie  manchmal  weiß nicht
- Ich beobachte Zahnlockerung oder habe schon Zähne durch Parodontose verloren  ja  nein  weiß nicht
- Ich knirsche mit den Zähnen oder habe manchmal verspannte Kaumuskeln  ja  nein

- Ich wünsche eine spezielle Beratung über**  Prophylaxe/Zahnerhaltungsprogramm  Ernährung  
 Füllungsalternativen  Kiefergelenksbehandlung  Implantate  Kinderuntersuchung  
 Leistungen bei Schwangerschaft  Schönheit meines Lächelns  Schnarchtherapie

Ich komme auf  Überweisung  Empfehlung von:.....

Ich möchte regelmäßig an meine Gesundheitscheck-Termine erinnert werden  ja  nein

ausgefüllt am:..... von:.....

Name und Vorname Patient:

geb. am:

Telefon:

Adresse

Versicherungsstatus

## Einverständniserklärung

Ich erkläre mich einverstanden mit der

- Abtretung der sich aus der Behandlung ergebenden Forderungen durch meine/n Zahnärztin/Zahnarzt an die mediserv Bank GmbH (nachfolgend: mediserv);
- Weitergabe der zum Zwecke der Abrechnung und Geltendmachung der Forderungen jeweils erforderlichen Informationen, insbesondere Daten aus der Patientenakte (Name, Geburtsdatum, Anschrift, Behandlungsdaten, Leistungsziffern, Beträge, Befunde, Diagnosen) durch meine/n Zahnärztin/Zahnarzt an mediserv und der dortigen Datenverarbeitung und entbinde meine/n Zahnärztin/Zahnarzt insoweit von ihrer/seiner ärztlichen Schweigepflicht;
- möglichen Übermittlung personenbezogener Daten (Name, Geburtsdatum, Anschrift) durch mediserv an Auskunftsteil (infoscore Consumer Data GmbH, Rheinstr. 99, 76532 Baden-Baden sowie die WID Wirtschafts-Informationen-Dienst GmbH, Schwägerichenstr. 3, 04107 Leipzig u. a.) zwecks Einholung von Informationen zur Einschätzung meiner Zahlungsfähigkeit sowie zum Zwecke der Anschriftenermittlung und entbinde die Mitarbeiter der mediserv insoweit von der Schweigepflicht.

Ich wurde darüber aufgeklärt, dass mediserv die Leistungen meiner Zahnärztin/meines Zahnarztes mir gegenüber im eigenen Namen in Rechnung stellen und für eigene Rechnung einziehen wird.

Sollte es über die Berechtigung der Forderung unterschiedliche Auffassungen geben, kann die Zahnärztin/der Zahnarzt in einer etwaigen Auseinandersetzung als Zeugin/Zeuge gehört werden. Ich entbinde meine/n Zahnärztin/Zahnarzt sowie die Mitarbeiter der mediserv gegenüber den Beteiligten eines ggf. durchzuführenden Mahn- oder Streitverfahrens von der Schweigepflicht.

Ich bin darüber informiert, dass meine Behandlung nicht von der Zustimmung zur vorbeschriebenen Verfahrensweise abhängt. Meine Zustimmung erfolgt freiwillig und gilt auch für zukünftige Behandlungen; ich kann diese jederzeit mit sofortiger Wirkung für die Zukunft widerrufen. Die Rechtmäßigkeit der auf Grundlage meiner Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Datenverarbeitung bleibt hiervon unberührt.

Wird die Erklärung als Sorgeberechtigte/r eines Minderjährigen abgegeben, so versichere ich, dass auch der/die weitere Sorgeberechtigte mit den vorangehenden Regelungen einverstanden ist.

Ein Exemplar dieser Einverständniserklärung habe ich erhalten.

Ort, Datum

Unterschrift Patient bzw. gesetzlicher Vertreter

Praxisstempel

Gesetzlicher Vertreter:

Name, Vorname

Geburtsdatum

Adresse (falls abweichend)

## Liebe Patientin, lieber Patient,

um mehr Zeit für Ihre Behandlung und Betreuung zu haben, halten wir unseren Verwaltungsaufwand möglichst gering. Daher übertragen wir die Abrechnung an unseren Partner: **mediserv Bank GmbH** (nachfolgend: **mediserv**), 66094 Saarbrücken.

Für alle Fragen zur Abrechnung erreichen Sie bei **mediserv** kompetente Ansprechpartner:

Tel.: 06 81 / 4 00 07 89      E-Mail: [service@arztrechnung.de](mailto:service@arztrechnung.de)  
Fax: 06 81 / 4 0 00 76      Internet: [www.arztrechnung.de](http://www.arztrechnung.de)

Die Mitarbeiter der **mediserv** unterliegen gemäß § 203 StGB der Schweigepflicht. **mediserv** verarbeitet Patientendaten mit höchster Sorgfalt und absoluter Vertraulichkeit gemäß den Bestimmungen der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO).

Für das Verfahren benötigen wir Ihr schriftliches Einverständnis. Wir bitten Sie deshalb um Ihre Zustimmung durch Unterzeichnung umseitiger Erklärung.

Vielen Dank für Ihr Vertrauen,  
Ihre Praxis / Klinik

## Informationen zum Datenschutz nach Art. 13 sowie 14 DSGVO

Die **mediserv Bank GmbH** (nachfolgend: **mediserv**) verarbeitet personenbezogene Daten im Einklang mit den Bestimmungen der DSGVO sowie des BDSG.

### 1. Name und Kontaktdaten der verantwortlichen Stelle sowie des betrieblichen Datenschutzbeauftragten

Verantwortliche Stelle: **mediserv Bank GmbH**, 66094 Saarbrücken, Geschäftsführer: Björn Clusserath und Hendrik Hamm.

Der betriebliche Datenschutzbeauftragte der **mediserv** ist unter o. g. Anschrift –Abteilung Datenschutz– oder per E-Mail unter [datenschutz@mediserv.de](mailto:datenschutz@mediserv.de) erreichbar. Eine unverschlüsselte Kommunikation per E-Mail kann Sicherheitslücken aufweisen und ein lückenloser Schutz vor Zugriffen Dritter ist nicht möglich.

### 2. Zwecke der Datenverarbeitung durch **mediserv**

**mediserv** verarbeitet personenbezogene Daten zum Zwecke der Abrechnung und Geltendmachung von Forderungen aus Heilbehandlung.

### 3. Rechtsgrundlagen der Datenverarbeitung

**mediserv** verarbeitet personenbezogene Daten auf Grundlage der Bestimmungen der DSGVO. Die Verarbeitung erfolgt auf Basis von Art. 6 Abs. 1 lit a (Einwilligung) sowie ergänzend Art. 6 Abs. 1 lit c (notwendig zur Erfüllung einer rechtlichen Verpflichtung) der DSGVO. Einwilligungen, einschließlich solcher Einwilligungen, die bereits vor Inkrafttreten der DSGVO erteilt wurden, können jederzeit gegenüber **mediserv** widerrufen werden. Der Widerruf Ihrer Einwilligung berührt nicht die Rechtmäßigkeit der bis zum Widerruf verarbeiteten personenbezogenen Daten.

### 4. Herkunft der Daten

**mediserv** verarbeitet Daten, so wie diese durch den zur Übermittlung von Daten ermächtigten Heilberufsangehörigen mitgeteilt werden; daneben können durch **mediserv** zwecks Bonitätsprüfung Daten von Auskunftseien herangezogen werden.

### 5. Kategorien personenbezogener Daten, die verarbeitet werden

Name, Vorname, Anschrift, Geburtsdatum, Behandlungsdaten, Befunde, Diagnosen, Leistungsziffern und Beträge und durch Auskunftseien mitgeteilte Informationen zu vorangegangenen vertragswidrigen Zahlungsverhalten (Informationen über unbestrittene, fällige und mehrfach an-

gemahnte oder titulierte Forderungen sowie deren Erledigung, Informationen aus öffentlichen Verzeichnissen und amtlichen Bekanntmachungen)

### 6. Kategorien von Empfängern der personenbezogenen Daten

Auskunftseien ausschließlich zum Zwecke der Bonitätsprüfung sowie zur Anschriftenermittlung; staatliche Stellen sowie mit staatlichen Aufgaben und öffentlich-rechtlichen Befugnissen ausgestattete privatrechtliche Stellen, soweit dies durch zwingend zu beachtende gesetzliche oder verwaltungsrechtliche Vorschriften oder durch staatliche Anordnung vorgegeben ist.

### 7. Dauer der Datenspeicherung

**mediserv** speichert personenbezogene Daten nur für einen bestimmten Zeitraum. Maßgebliches Kriterium für die Festlegung dieses Zeitraums ist die Erforderlichkeit der Datenspeicherung zur Erreichung des vereinbarten Zwecks. Dabei werden handels- und steuerrechtliche sowie bankaufsichtsrechtliche Aufbewahrungsfristen in die Beurteilung der Zweckerreichung einbezogen. Danach kann die Speicherdauer zu bestimmten Daten bis zu zehn Jahre nach Beendigung der Geschäftsbeziehung betragen.

### 8. Betroffenenrechte

Jede betroffene Person hat gegenüber **mediserv** das Recht auf Auskunft nach Art. 15 DSGVO, das Recht auf Berichtigung nach Art. 16 DSGVO, das Recht auf Löschung nach Art. 17 DSGVO und das Recht auf Einschränkung der Verarbeitung nach Art. 18 DSGVO. Darüber hinaus besteht die Möglichkeit, sich an die für **mediserv** zuständige Aufsichtsbehörde, das Unabhängige Datenschutzzentrum Saarland, zu wenden. Nach Art. 21 Abs. 1 DSGVO kann der Datenverarbeitung aus Gründen, die sich aus der besonderen Situation der betroffenen Person ergeben, gegenüber **mediserv** widersprochen werden. Einwilligungen können jederzeit gegenüber **mediserv** widerrufen werden. Wollen Sie Ihr Recht auf unentgeltliche Auskunft nach Art. 15 DSGVO über die bezüglich Ihrer Person gespeicherten Daten, deren Herkunft und Empfänger oder Kategorien von Empfängern sowie den Zweck der Speicherung geltend machen, so teilen Sie uns bitte Name, Vorname(n), Geburtsdatum sowie aktuelle Anschrift mit, damit wir eine eindeutige Identifizierung Ihrer Person vornehmen können. Die Auskunft werden wir Ihnen sodann schriftlich erteilen.