



... hier fühl ich mich wohl!

## HERZLICH WILLKOMMEN IN UNSERER PRAXIS!

Bevor wir uns in Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

### Persönliche Daten

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtstag: \_\_\_\_\_  
Mitgliedsname: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtstag: \_\_\_\_\_  
Straße: \_\_\_\_\_ PLZ/Ort: \_\_\_\_\_ Geburtsort: \_\_\_\_\_  
Telefon: \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

Gesetzliche Krankenkasse: \_\_\_\_\_ Private Zusatzversicherung: \_\_\_\_\_  
Private Versicherung: \_\_\_\_\_ Beihilfe berechtigt:  Ja  Nein  
Beruf: \_\_\_\_\_ Arbeitgeber/Telefon: \_\_\_\_\_  
Empfohlen durch: \_\_\_\_\_ Hausarzt: \_\_\_\_\_

### Behandlungswünsche

- Zahnärztliche Untersuchung / Kontrolle
- Prophylaxe / professionelle Zahnreinigung
- Parodontitisbehandlung (Zahnfleischbehandlung)
- Kiefergelenkbehandlung (Kopf- und Gesichtsschmerzen)
- Hochwertige Kunststofffüllungen
- Hochwertiger Zahnersatz /  Kostengünstiger Zahnersatz
- Implantate
- sog. zweite Meinung
- Aktuelle Beschwerden: \_\_\_\_\_

### Schwangerschaft

- Ja  Nein **Besteht bei Ihnen zur Zeit eine Schwangerschaft?**  
Ich verpflichte mich, vor späteren Röntgenaufnahmen, den behandelnden Zahnarzt von einer evtl. Schwangerschaft zu unterrichten

Mit der Honorarabrechnung haben wir EOS Health Honorarmanagement AG (Lübeckertordamm 1-3, 20099 Hamburg) beauftragt.  
Um die Abrechnung in Zusammenarbeit mit der Health AG zu ermöglichen, benötigen wir Ihr schriftliches Einverständnis. Daher bitten wir Sie um Zustimmung durch Unterzeichnung dieser Einwilligungserklärung.

Der Patient, erklärt ggfs. vertreten durch gesetzliche Vertreter mit Alleinvertretungsmacht: 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 (Name, 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 (s.o.), an die SPV Health Finanzierungs-GmbH, Kurfürstendamm 125a, 10771 Berlin. Ich bin einverstanden mit einer Abtretung der sich aus der Behandlung ergebenden Forderung(en) an die Health AG und 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. Praxis/Klinik (vgl. Praxisstempel) von der ärztlichen 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 zu erheben und dabei unter Umständen Einzelheiten aus der Behandlung offenzulegen sind und mein Behandler bzw. die Praxis/Klinik im Rahmen einer möglichen Auseinandersetzung mit der Health AG als Zeuge vernommen werden kann. Diese Erklärung gilt als Benachrichtigung nach § 33 BDSG. Ich bin ferner damit einverstanden, dass mein Behandler bzw. die Praxis/Klinik oder die Health AG Informationen über meine Bonität bei Auskunfteien, unter anderem bei Bürgel Wirtschaftsinformationen GmbH & Co. KG, Postfach 500166, 22701 Hamburg, 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/Klinik oder der Health AG widerrufen werden.

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift des Patienten oder Erziehungsberechtigten: \_\_\_\_\_

## Allgemeinmedizinische Fragen

Haben oder hatten Sie eine der nachfolgend aufgeführten Krankheiten?

- Ja  Nein Herz-Kreislaufkrankungen: Infarkt / Endokarditis / Schlaganfall / Herzrhythmusstörungen
- Ja  Nein Blutdruckstörungen
- Ja  Nein Blutgerinnungsstörungen (z.B. blaue Flecken, lange Blutungen)
- Ja  Nein Nehmen Sie Mittel zur Hemmung der Blutgerinnung ein?  Marcumar  ASS  Plavix
- Sonstiges: \_\_\_\_\_

- Ja  Nein Lungenkrankheiten (z.B. Asthma, chronische Bronchitis)
- Ja  Nein Stoffwechselstörungen: Diabetes
- Ja  Nein Schilddrüsenerkrankungen:  Überfunktion  Unterfunktion
- Ja  Nein Schlafstörungen:  häufiges nächtliches Erwachen  nächtlicher Harndrang  morgendliche Abgeschlagenheit
- Ja  Nein Tumorerkrankungen \_\_\_\_\_
- Ja  Nein Operationen im  Mundbereich  Kieferbereich  Gesichtsbereich
- Ja  Nein Wurden Sie schonmal im Kopfbereich geröntgt? Wann das letzte Mal? \_\_\_\_\_
- Ja  Nein Liegt ein Röntgenbild Ihrer Zähne vor, das nicht älter als 4 Monate ist?

- Ja  Nein Haben Sie eine Allergie gegen Penicillin?
- Sonstige Allergien? \_\_\_\_\_
- Ja  Nein Vertragen Sie bestimmte Medikamente nicht? \_\_\_\_\_
- Ja  Nein Hatten Sie jemals eine Reaktion auf eine Zahnärztliche Spritze?
- Ja  Nein Rauchen Sie? \_\_\_\_\_ Zigaretten pro Tag seit \_\_\_\_\_ Jahren
- Ja  Nein Haben Sie folgende Infektionskrankheiten?  Tuberkolose  Hepatitis A/B  Hepatitis C  HIV
- Ja  Nein Nervenkrankheiten (z.B. Parkinson, MS, Polyneuropathie, sonstige)
- Ja  Nein Psychische Erkrankungen (z.B. Sucht, Depression, Schizophrenie, Angst)
- Ja  Nein Migräne / häufige Kopfschmerzen / Sonstige Schmerzen
- Ja  Nein Augenerkrankungen:  grüner Star  grauer Star

- Ja  Nein Sonstige Erkrankungen: \_\_\_\_\_
- Ja  Nein Nehmen Sie zur Zeit, regelmäßig oder bei Bedarf Medikamente ein?
- | Name (z.B. Paracetamol) | Dosis | Verteilung über den Tag (z.B. 1 – 0 – 1) |
|-------------------------|-------|--|
| _____                   | _____ | _____                                    |
| _____                   | _____ | _____                                    |
| _____                   | _____ | _____                                    |

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift des Patienten oder Erziehungsberechtigten: \_\_\_\_\_