

**ZAHNÄRZTLICHE GEMEINSCHAFTSPRAXIS  
ALEXANDRA BACHE und BARBARA WERBER**

Herzlich Willkommen in unserer Praxis!

Krankheiten aller Art können Auswirkungen auf Ihre 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, die Behandlung Ihrem Gesundheitszustand anzupassen. Sollten Sie Schwierigkeiten mit der Beantwortung einzelner Fragen haben, helfen wir Ihnen gerne.

## Gesundheitsbogen für Erwachsene

Patient .....  
Herr/Frau/Kind Name Vorname Geburtsdatum und Geburtsort

Adresse: .....  
Straße Ort Telefonnummer/Handy

Bitte kreuzen Sie nur das an, was für Sie zutrifft.

**Herz / Kreislauf-  
erkrankungen**

Hoher Blutdruck .....   
 Niedriger Blutdruck .....   
 Angina pectoris.....   
 Zustand nach Herzinfarkt.....   
 Herzklappenerkrankung .....   
 Einnahme gerinnungshemm. Medikamente(Markumar/ASS)...   
 Neigung zur Thrombose (Venenentzündung).....

**Stoffwechsel-  
erkrankungen**

Diabetes(Zuckerkrankheit).....   
 wenn ja, wie ist der HbA-1c Wert ? \_\_\_\_\_  
 Magen-/Darmerkrankungen.....   
 Schilddrüsenerkrankungen.....

**Erkrankungen des  
Nervensystems**

Epileptiforme Anfälle.....

**Bluterkrankungen**

Blutungsneigung (Hämophilie).....   
 Blutarmut (Anämie).....

**Allergien**

Asthma.....   
 Heuschnupfen.....   
 Penicillin-Überempfindlichkeit.....   
 Latex-Allergie .....   
 Sonstiges(z.B.Metalle,Lacke).....   
**Bitte Allergiepass vorlegen**

**Infektionskrankheiten**

MRSA (Methicillin-resistenter Staphylococcus aureus.).....   
 Creutzfeldt-Jakob-Krankheit.....

**Suchterkrankungen**

Rauchen.....   
 wenn ja:  unter 10 pro Tag  über 10 pro Tag  
 Andere: .....

**Sonstige Erkrankungen**

Osteoporose .....   
 Operationen .....   
 Tumorerkrankungen .....   
 Bisphosphonat – Einnahme .....   
 Tragen Sie eine Endoprothese? Knie/Hüfte?.....   
 Sonstiges .....

**Bitte wenden →**

Sind Sie wegen dieser oder anderer Krankheiten in ärztlicher Behandlung, so nennen Sie uns bitte Namen und Adresse des behandelnden Arztes:

.....

Welche Medikamente nehmen Sie ständig ein?.....

Liegt Ihnen dazu von ihrem Hausarzt ein Einnahmeplan vor ? Wenn ja, bitte legen Sie uns eine Kopie vor.

Welche Nahrungsergänzungsmittel nehmen Sie ständig ein ? .....

Wie lange liegt die letzte zahnärztliche Behandlung zurück?.....

Sind bereits Komplikationen bei zahnärztlicher Behandlung oder örtlicher Betäubung (Spritze) aufgetreten?

Hatten Sie jemals -eine kieferorthopädische Behandlung(Spange)?

-eine Zahnfleischbehandlung?

-eine Behandlung von Kiefergelenks/ Kaumuskelbeschwerden?

Besteht eine Schwangerschaft ? Wenn ja, welche Woche ? .....

Wann wurden Sie zum letzten Mal geröntgt?.....

Wurden Sie gegen das SARS COV 2 Virus geimpft:  ja  nein

wenn ja, wann war die Impfung und mit welchem Impfstoff? .....

**Sollten sich die oben gemachten Angaben ändern, verpflichte ich mich, dies dem Zahnarzt unaufgefordert mitzuteilen.**

**Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die abgedruckten Informationen gelesen und verstanden habe.**

.....  
Unterschrift Zahnarzt

.....  
Datum und Unterschrift Patient

Nach Durchsicht und Prüfung bestätige ich, dass die vorangegangenen Angaben heute noch aktuell sind.

\_\_\_\_\_  
Datum und Unterschrift

Nach Durchsicht und Prüfung bestätige ich, dass die vorangegangenen Angaben heute noch aktuell sind.

\_\_\_\_\_  
Datum und Unterschrift

Nach Durchsicht und Prüfung bestätige ich, dass die vorangegangenen Angaben heute noch aktuell sind.

\_\_\_\_\_  
Datum und Unterschrift

Nach Durchsicht und Prüfung bestätige ich, dass die vorangegangenen Angaben heute noch aktuell sind.

\_\_\_\_\_  
Datum und Unterschrift



Welche Impfung hat Ihr Kind in den letzten 5 Jahren erhalten ?

.....  
.....

**Anamnese der Familie**

**Bluterkrankungen**

Mutter, Vater, Geschwister

.....

**Infektionskrankheiten**

Hepatitis, HIV, Creutzfeldt-Jakob-Krankheit, MRSA

.....

**Schwangerschaftsverlauf**

Komplikationen, Geburt

.....

**Hinweise für den Behandlungsablauf**

Unsere Praxis wird nach dem Bestellsystem geführt. Das bedeutet, daß wir in der für Sie reservierten Zeit vollauf und in Ruhe zu Ihrer Verfügung stehen. Wenn Sie den Behandlungstermin nicht einhalten können, bitten wir Sie, uns dies 24 Stunden vor dem vereinbarten Termin mitzuteilen. Andernfalls müssen wir Ihnen nach § 615 BGB diese Zeit in Rechnung stellen .

Datum:..... Unterschrift des Erziehungsberechtigten:.....

Zahnärztliche Gemeinschaftspraxis  
Alexandra Bache und Barbara Werber  
Neckarstr.5, 64653 Lorsch  
Tel. 06251-587430

### Aufklärung über Lokalanästhesie

---

Patientenname

Ich wurde darüber unterrichtet, dass mit einer Betäubungsspritze Risiken und Nebenwirkungen verbunden sein können.

Es können in deren Folge Blutergüsse, Gefäß- und Nervverletzungen und Schleimhautnekrosen eintreten.

Nervverletzungen können speziell im Bereich des Nervus lingualis und des Nervus mandibularis auftreten.

Die Folge wären zeitweise bis dauerhafte Gefühlsverluste im Bereich der Zunge, des Geschmacks, der Unterkieferseite und oder der Unterlippenseite.

Mir ist bekannt, dass nach einer Anästhesie eine eingeschränkte Fahrtüchtigkeit bestehen kann. Ich stimme trotzdem einer ggf. notwendigen Schmerzausschaltung mit Lokalanästhesie in zukünftigen Behandlungen zu.

---

Datum und Unterschrift

Zahnärztliche Gemeinschaftspraxis  
Alexandra Bache und Barbara Werber  
Neckarstr. 5, 64653 Lorsch , Tel. 06251-587430

## Behandlungsvertrag für privat versicherte Patienten

Patient .....  
Herr/Frau/Kind Name Vorname Geburtsdatum und Geburtsort

Mitglied/  
Hauptversicherter Name Vorname Geburtsdatum

Anschrift .....  
Straße Telefon  
.....  
PLZ Ort Handy

E-mail Adresse .....

Krankenkasse.....

Beruf .....

Arbeitgeber .....  
Telefon

Zwischen der /dem oben genannten Patientin/en und der Gemeinschaftspraxis A.Bache und B.Werber wird hiermit ein Behandlungsvertrag geschlossen. Für das Honorar gilt die amtliche Gebührenordnung für Zahnärzte ( GOZ ) und die Gebührenordnung für Ärzte ( GOÄ ). 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 Forderungen gegen die 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. Sollte Sie Fragen zu Ihrer Rechnung haben, bitten wir Sie, sich direkt mit uns in Verbindung zu setzen. Die Abtretung/Verpfändung sämtlicher Ansprüche und Forderungen, die sich seitens des Patienten aus dieser Behandlung ergeben, ist gemäß §399, Satz 1, 2 Alt. BGB ausgeschlossen – gesetzlich geregelte Forderungsübergänge sind davon ausgenommen.

Materialkosten werden in der Rechnung spezifiziert und Fremdlaborkosten 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.

Wir sind eine Bestellpraxis. Sie können Termine spätestens 24 Stunden vor dem vereinbarten Termin kostenlos absagen. Erscheinen Sie trotz Terminbestätigung nicht zu Ihrem Termin, machen wir Sie darauf aufmerksam, dass Ihnen in diesem Falle eine Entschädigung in Rechnung gestellt werden kann (§§615/280BGB)

Sie erklären sich damit einverstanden, dass wir telefonisch, per unverschlüsselter email oder per Post mit Ihnen kommunizieren dürfen.

Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dem Datenschutz.

**Ich habe die Datenschutzerklärung erhalten, bzw. im Wartezimmerausgang gelesen.**

\_\_\_\_\_  
**Datum und Unterschrift**

**Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die abgedruckten Informationen gelesen und verstanden habe.**

.....  
Unterschrift Zahnarzt

.....  
Datum und Unterschrift Patient

## Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung „Recall“

(für die Verarbeitung personenbezogener Patientendaten gemäß Artikel 6 Abs (1) und Artikel 7 Abs (1) DSGVO)

### Unser Recall-System

Liebe Patientin, lieber Patient,

haben Sie Interesse an unserem Erinnerungsservice für den jährlichen Zahnarztbesuch? Dann möchten wir Sie darum bitten, dieses aus datenschutzrechtlichen Gründen durch Ihre Unterschrift zu dokumentieren. Sollten Sie noch Fragen haben, wenden Sie sich bitte an uns oder meine Mitarbeiterinnen. Wir antworten Ihnen gerne.

**Patient/in:**

Name	
Strasse	
PLZ und Ort	
email Adresse	

Ich möchte gerne an Ihrem Recall-Service per \_\_\_\_\_ (einzutragen wie der Recall erfolgt- Mail oder Brief ) teilnehmen. Dafür stimme ich der Speicherung meiner personenbezogenen Daten 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) (das bedeutet, dass wir natürlich erst ab dem Zeitpunkt nach Eingang Ihres Widerrufs, den Recall – Service für Sie beenden können).

\_\_\_\_\_  
Datum und Unterschrift Patient/in / Versicherter

## Datenschutzerklärung

(bei Erhebung von personenbezogene Daten bei der betroffenen Person gemäß Art. 13 DSGVO)

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

im Rahmen Ihrer Behandlung müssen wir Daten zu Ihrer Person, Ihrem Versicherungsstatus und zu Ihrem Gesundheitszustand erheben. Selbstverständlich werden diese Informationen durch unsere Praxis mit der größtmöglichen Sorgfalt verwaltet. Um Ihnen einen Überblick über die zu Ihnen geführten Daten und den Datenschutz der Praxis zu geben, erhalten Sie anbei die folgenden Informationen:

### 1. Wer ist in unserer Praxis für den Datenschutz verantwortlich?

In unserer Praxis sind für den Datenschutz verantwortlich und stehen Ihnen bei Fragen zur Verfügung:

Praxisinhaber	Alexandra Bache / Barbara Werber
Rechtsform der Praxis	Gemeinschaftspraxis
Praxisadresse	Neckarstraße 5, 64653 Lorsch
Telefon	06251 / 58 74 30
Telefax	06251 / 58 51 12
E-Mail	praxis@zahnaerztinnen-lorsch.de

### 2. Wer ist in unserer Praxis als Datenschutzbeauftragter bestellt?

In unserer Praxis ist als Datenschutzbeauftragter bestellt:

Name	Daniel Werber
Adresse	Neckarstraße 5, 64653 Lorsch
Telefon	06251 / 58 74 30
Telefax	06251 / 58 51 12
E-Mail	praxis@zahnaerztinnen-lorsch.de

### 3. Welche personenbezogenen Daten erheben wir?

Wir erheben, speichern, nutzen, übermitteln oder löschen folgende personenbezogene Daten:

- Interessenten und Patienten unserer Praxis, die natürliche Personen sind
- Allen anderen natürlichen Personen, die in Kontakt mit unserer Praxis stehen (z.B. Bevollmächtigte von Patienten, Erziehungsberechtigte von Patienten, Mitarbeiter juristischer Personen, Besucher unserer Internetseite)



Personenbezogenen Daten von Ihnen werden von uns erhoben, wenn Sie mit uns z.B. per E-Mail oder Telefon in Kontakt treten und einen Behandlungstermin ausmachen wollen. Erscheinen Sie zur Behandlung in unserer Praxis, werden von uns Daten zu Ihrem Versicherungsstatus sowie zum Gesundheitszustand und der durchgeführten Therapie erhoben. Dabei handelt es sich um besonders sensible Daten. Im weiteren werden Daten zur Abrechnung der erbrachten Leistungen verarbeitet.

Folgende persönliche Daten verarbeiten wir:

- Persönliche Angaben (z.B. Vor- und Nachnamen, Adresse, Geburtsdatum und -ort, E-Mail-Adresse, Telefonnummer, Versicherungsstatus);
- Gesundheitsdaten (Anamnese, Befunde, Therapie)

Angaben zu Kindern erheben wir nur dann, wenn diese durch die Erziehungsberechtigten in unserer Praxis als Patient vorgestellt werden.

#### **4. Wer erhält ggf. Ihre personenbezogenen Daten übermittelt?**

Im Falle der Abrechnung Ihrer Behandlung erhält Ihre gesetzliche Krankenkasse und die zuständige Kassenzahnärztliche Vereinigung die erforderlichen Behandlungsdaten. Sind Sie privat versichert, erhält Ihre Privatkasse nur dann Daten, wenn Sie uns ausdrücklich dazu auffordern, Ihre Daten an die Kasse zu übermitteln. Aufgrund gesetzlicher Prüfpflichten kann der Zahnarzt verpflichtet sein, Röntgenbilder zur Prüfung durch die zuständige Behörde an die Zahnärztliche Stelle Röntgen zu übersenden.

#### **5. Welchem Zweck dienen Ihre Daten und mit welcher Rechtfertigung dürfen wir diese nutzen?**

Wollen Sie per E-Mail oder über unser Kontaktformular einen Behandlungstermin vereinbaren oder eine Frage an uns richten, werden die von Ihnen mitgeteilten Daten (Ihre E-Mail-Adresse, ggf. Ihr Name und Ihre Telefonnummer) von uns gespeichert, um Ihnen einen Behandlungstermin zuweisen oder die Anfrage beantworten zu können. Die in diesem Zusammenhang anfallenden Daten löschen wir, nachdem die Speicherung nicht mehr erforderlich ist, oder schränken die Verarbeitung ein, falls gesetzliche Aufbewahrungspflichten bestehen (Rechtsgrundlage ist Art. 6 Abs. 1 S. 1 lit. b DSGVO).

Um Sie im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung bzw. eines privat Zahnärztlichen Behandlungsverhältnisses zu behandeln und diese Leistungen gegenüber der Kassenzahnärztlichen Vereinigung bzw. Ihnen als Privatpatienten abrechnen zu können, müssen wir Ihre persönlichen Daten und Gesundheitsdaten verarbeiten. Rechtsgrundlage dieser Datenverarbeitung ist damit die Verarbeitung von Daten für den Zweck der Erfüllung praxiseigener Behandlungsverträge bzw. zur Durchführung vorvertraglicher Maßnahmen für diese Behandlungsverträge (Art. 6 Abs. 1 lit. b DSGVO), die Wahrnehmung gesetzlicher Dokumentationspflichten (Art. 6 Abs. 1 lit. c DSGVO) und im Rahmen der Forderungsdurchsetzung (Art. 6 Abs. 1 lit. f DSGVO). Ihre im Zusammenhang mit dem Behandlungsverhältnis verarbeiteten Daten speichern wir gemäß der gesetzlichen Vorgaben aus dem Patientenrechtegesetz (BGB) und der Berufsordnung sowie der Abgabeordnung (Steuer) für mindestens 10 Jahre. Das Erhalten von Beweismitteln für rechtliche Auseinandersetzungen im Rahmen der gesetzlichen Verjährungsvorschriften kann aufgrund der zivilrechtlichen Verjährungsfristen von bis zu 30



Jahre, wobei die regelmäßige Verjährungsfrist drei Jahre beträgt, eine über 10 Jahre hinausgehende Aufbewahrung nach sich ziehen.

Falls Sie Interesse an unserem Erinnerungsservice für den jährlichen Zahnarztbesuch haben (Recall) benötigen wir Ihre Einwilligung. Hierzu bitten wir Sie eine separate Einwilligungserklärung zu unterschreiben, die Ihnen unser Praxispersonal gerne aushändigt.

## 6. Welche Rechte haben Sie im Zusammenhang mit dem Datenschutz?

Sie haben gegenüber uns folgende Rechte hinsichtlich der Sie betreffenden personenbezogenen Daten:

- Recht auf Auskunft,
- Recht auf Berichtigung oder Löschung,
- Recht auf Einschränkung der Verarbeitung,
- Recht auf Widerspruch gegen die Verarbeitung,
- Recht auf Datenübertragbarkeit.

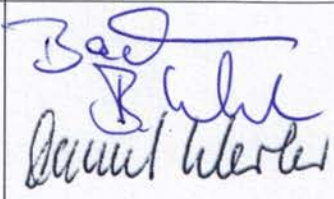
## 7. Wie können Sie sich ggf. beschweren?

Sie haben, falls Sie mit der Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten durch uns nicht zufrieden sein sollten, auch das Recht, sich bei der für uns zuständigen Aufsichtsbehörde für den Datenschutz zu beschweren.

Die zuständige Aufsichtsbehörde für den Datenschutz für uns ist:

Der Hessische Datenschutzbeauftragte  
Postfach 31 63  
65021 Wiesbaden  
Gustav-Stresemann-Ring 1  
65189 Wiesbaden  
Tel. 0611/1408-0  
Fax 0611/1408-611  
E-Mail: [poststelle@datenschutz.hessen.de](mailto:poststelle@datenschutz.hessen.de)

Wir würden uns aber freuen, wenn Sie zuerst mit uns sprechen, damit wir mögliche Unklarheiten oder Unsicherheiten gemeinsam klären können.

	Datum	Unterschrift
<b>Verantwortlicher/ Datenschutzbeauftragter</b>	25.05.2018	

## Information für unsere Privatpatienten

Name: \_\_\_\_\_

Welchen Tarif haben Sie gewählt ?

- Basis / Standardtarif (GOZ Faktorbegrenzung bis 2,0)  
oder  
 Normaltarif

Bitte teilen Sie uns eine Vertragsänderung unverzüglich mit.

1. Aufgrund der großen Vielfalt unterschiedlicher Versicherungsbedingungen und -tarife sowie Beihilfevorschriften sind wir als Behandler nicht in der Lage, unseren Privatpatienten die Erstattungshöhe der Aufwendungen für Zahnbehandlungen zu nennen.
2. Die Gebührenordnung ihrer privaten Krankenkassen/Beihilfen (GOZ) wurde zuletzt 2012 überarbeitet. Nicht zuletzt im Interesse unserer Patienten wollen wir auf die seit dieser Zeit erheblich gestiegene Qualität der Materialien und Behandlungsmethoden nicht verzichten. Private Krankenkassen/Beihilfeversicherungen erkennen jedoch sogenannte Analogpositionen entweder gar nicht oder nur zum Teil an.
3. Auf Anfrage können wir für Sie, für alle Behandlungsarten, zunächst eine Kostenaufstellung anfertigen, wobei sich jedoch behandlungsbedingte Abweichungen (erhöhter Schwierigkeitsgrad, unvorhersehbare Behandlungsmaßnahmen) ergeben können.
4. Das Aufstellen einer Kostenaufstellung bedeutet für uns einen erheblichen Zeitaufwand, welchen wir Ihnen in Rechnung stellen müssen. Auch bei dieser Leistung können wir im Hinblick auf Kostenerstattung von Ihrer privaten Krankenkasse/Beihilfeversicherung keine Zusagen treffen.
5. Die Vergütung der Zahnbehandlung bemisst sich nach den 1 – 3,5-fachen Satz der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ). Müssen wir aufgrund eines erhöhten Zeitaufwandes, Schwierigkeitsgrades und/oder höheren Materialaufwandes den mittleren Steigerungssatz von 2,3 überschreiten, wird dies in Ihrer Rechnung explizit begründet.
6. Die Vergütung der vom Fremd- und Eigenlabor erbrachten zahntechnischen Leistungen erfolgt nach der Bundeseinheitlichen Bemessungsgrundlage BEB und nicht nach dem Bundeseinheitlichen Leistungsverzeichnis BEL. Wir empfehlen daher unseren beihilfeversicherten Privatpatienten, sich bei Ihrer Versicherung rechtzeitig über Details der Kostenübernahme zu informieren.
7. Die von uns an Sie gerichtete Rechnung ist zum darin genannten Fälligkeitsdatum zu zahlen, nicht nach eventuell erfolgter Kostenerstattung durch Ihre Versicherung.

Bei etwaigen Kommunikationsproblemen zwischen Ihnen und Ihrer Krankenkasse hinsichtlich der Erstattung größerer Summen bieten wir Ihnen gerne unsere vermittelnde Unterstützung an.

Auf Wunsch kann ich eine Kopie dieses Merkblattes erhalten:

Lorsch, den \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

# Erklärung

.....  
(Name und Anschrift des Patienten)

Ich bin darüber aufgeklärt worden, dass ich als Versicherter im Standardtarif/Basistarif der PKV gegenüber meinem privaten Versicherungsunternehmen nur Anspruch auf Erstattung der Kosten für solche Leistungen bei Krankheit habe, die denjenigen in der GKV jeweils vergleichbar sind.

Ferner bin ich darüber aufgeklärt worden, dass zahnärztliche Leistungen in diesem Rahmen nach der Gebührenordnung für Zahnärzte grundsätzlich mit der Maßgabe zu berechnen sind, dass nur bis zum 2,0fachen des Gebührensatzes der GOZ berechnet werden kann.

Ich wünsche eine zahnärztliche Behandlung unabhängig von diesen Beschränkungen des Standardtarifs/Basistarifs der PKV nach den Bestimmungen von GOZ und GOÄ.

Ich bin in diesem Zusammenhang darüber aufgeklärt worden, dass ich für solche Behandlungsmaßnahmen, die nicht vom Standardtarif/Basistarif der PKV umfasst sind, von meinem privaten Versicherungsunternehmen voraussichtlich keine Erstattungsleistungen bekommen werde.

Ferner bin ich darüber aufgeklärt worden, dass ich von meinem privaten Versicherungsunternehmen für solche Behandlungsmaßnahmen, die ohne die Einschränkungen hinsichtlich des Standardtarifs/Basistarifs der PKV unter Zugrundelegung maximal des 2,0fachen Gebührensatzes der GOZ abgerechnet werden, voraussichtlich nur eingeschränkte Erstattungsleistungen unter Zugrundelegung höchstens des 2,0fachen Gebührensatzes der GOZ erhalten werde.

.....  
(Unterschrift)

.....  
(Ort, Datum)