



Zahnarzt Christian Eck – Eduard-Fritze-Str. 7 – 98617 Meiningen

Tel.: (03693) 50 27 43
Fax: (03693) 50 37 32
eMail: info@zahnarzt-meiningen.de
web: www.zahnarzt-meiningen.de

Sie haben sich heute für eine Untersuchung in unserer Praxis angemeldet. Für das entgegengebrachte Vertrauen bedanken wir uns und heißen Sie herzlich willkommen in unserer Praxis.

Damit Sie uns besser finden und unsere Praxis Ihnen schon ein wenig vertraut wird, übersenden wir Ihnen unsere Praxisinformationen.

Ihre Gesundheit - und nicht nur die Ihrer Zähne - steht im Mittelpunkt unserer Bemühungen. Bitte füllen Sie deshalb den beigefügten Patientenaufnahmebogen vollständig aus und bringen Sie uns die Unterlagen bei Ihrem Termin einfach mit. Ihre Informationen helfen uns, Ihnen eine angenehme und reibungslose Behandlung zu ermöglichen.

Als Termin hatten wir vereinbart:

Falls noch Fragen offen bleiben:
Unser gesamtes Team steht Ihnen hierfür persönlich, telefonisch oder per E-Mail zur Verfügung.

Sollten Sie keine Möglichkeiten haben, den Termin einzuhalten, sagen Sie ihn bitte spätestens am vorherigen Tag telefonisch ab.

Einen schönen Tag und bis bald

Ihr Praxisteam
Zahnarzt Christian Eck



Aus Ihrer Sicht sollte auf jeden Fall Folgendes berücksichtigt werden...

- Zahnmedizinische Eingriffe sind für Sie sehr unangenehm Starker Würgereiz
 Hohe Schmerzempfindlichkeit - Örtliche Betäubung generell gewünscht nur bei Bedarf
 In der Vergangenheit sind Unverträglichkeiten gegen Medikamente und Spritzen aufgetreten, und zwar Folgende:

Sonstiges...

- Raucher/in Knirschen mit den Zähnen Schnarcher/in Aktuell psychisch stark belastet
 Ist Ihnen frischer Atem wichtig? / Sind Sie mit Ihrer Zahnfarbe zufrieden? _____ (ja/nein)
 Besitzen Sie eine Pflegestufe? _____ (ja/nein)

- Es besteht eine Schwangerschaft. Falls angekreuzt, in folgender Woche

Ich leide oder litt an Erkrankungen der / des ...

Haben oder hatten Sie ...

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Herzens oder Kreislaufs | <input type="checkbox"/> hohen Blutdruck | <input type="checkbox"/> niedrigen Blutdruck |
| <input type="checkbox"/> Leber | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Zahnfleischbluten |
| <input type="checkbox"/> Nieren | <input type="checkbox"/> Epilepsie | <input type="checkbox"/> Ohrensausen / Tinnitus |
| <input type="checkbox"/> Schilddrüse | <input type="checkbox"/> Grünen Star | <input type="checkbox"/> Grauen Star (Glaukom / Augenerkrankung) |
| <input type="checkbox"/> Magen-Darm-Traktes | <input type="checkbox"/> Tuberkulose | <input type="checkbox"/> Osteoporose |
| <input type="checkbox"/> Gelenke (Rheuma) | <input type="checkbox"/> MRSA / MRSE | <input type="checkbox"/> Hepatitis, falls ja, folgender Typ (A, B, C) <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Wirbelsäule | <input type="checkbox"/> Allergien, falls ja, gegen _____ | |
| <input type="checkbox"/> Sonstige Infektionen / Erkrankungen | <input type="checkbox"/> HIV positiv – bitte beantworten Sie diese Frage unbedingt (gerne auch mündlich im Behandlungszimmer), denn viele therapeutische Maßnahmen sind für Sie im Falle dieser Immunschwäche schädlich und dürfen auf gar keinen Fall angewendet werden. | |

- Wurden Sie in den letzten Tagen positiv auf COVID-19 getestet?** _____ (ja/nein)

Zu Ihrem Herzen. Haben oder hatten Sie ...

- eine Herzklappenentzündung Angina Pectoris einen Herzschrittmacher einen Herzinfarkt

Medikamente. Nehmen Sie ...

- Herzmedikamente Cortison (Kortikoide) Schmerzmittel Antidepressiva Bisphosphate
 blutverdünnende Medikamente z.B. Marcumar, ASS andere Medikamente _____

Sonstiges zur Organisation...

- Röntgenpass vorhanden Bonusheft vorhanden, durchgängig geführt die letzten 5 Jahre 10 Jahre

Hinweise zur Verkehrstüchtigkeit nach zahnärztlichen Behandlungen

Bitte beachten Sie, dass Ihre Verkehrstüchtigkeit im Straßenverkehr nach einer zahnärztlichen Behandlung unter Umständen bis zu 24 Stunden beeinträchtigt sein kann. Dies kann sowohl durch die Behandlung selbst als auch durch den Einfluss von Injektionen oder anderen Medikamenten hervorgerufen werden. Auf Wunsch rufen wir Ihnen daher gern ein Taxi, das Sie sicher nach Hause bringt.

Hinweise zur Organisation

Hochwertige Qualität ist nur ohne Zeitdruck möglich. Wir bitten Sie daher, Termine die Sie nicht einhalten können, mindestens 24 Stunden vorher abzusagen, damit wir diese an andere Patienten vergeben können. Andernfalls müssen wir Ihnen eine Ausfallgebühr nach geltender Satzung berechnen.

Kostenhinweis

Wie allgemein üblich, berechnen wir Leistungen außerhalb der kassenärztlichen Vertragsrichtlinien nach Aufwand und gemäß der Steigerungssätze der GOZ.

Informations- und Erinnerungswünsche

- Senden Sie mir bitte den Praxisnewsletter mit wertvollen Informationen zur Zahngesundheit zu
 Ich bitte um Erinnerung an meine halbjährlichen Vorsorgeuntersuchungen. Mail SMS

Sonstiges

Der Speicherung Ihrer persönlichen Daten stimmen Sie zu. Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass Sie die abgedruckten Informationen gelesen und verstanden haben. Es ist unser Wunsch, dass Sie sich bei uns wohl fühlen. Zögern Sie Sollten Sie bei Fragen nicht auf uns zuzukommen. Wir freuen uns für Sie da zu sein.

_____ Datum

_____ Unterschrift



Zahnarzt Christian Eck – Eduard-Fritze-Str. 7 – 98617 Meiningen

Tel.: (03693) 50 27 43
Fax: (03693) 50 37 32
eMail: info@zahnarzt-meiningen.de
web: www.zahnarzt-meiningen.de

Patienteninformation und Einverständniserklärung für das Recall

nach der aktiven Behandlungsphase bieten wir Ihnen einen speziellen Service zum Recall / zur Nachsorge an. Angepasst an Ihre individuelle Behandlungssituation kann der Abstand zwischen den Recallterminen persönlich mit Ihnen vereinbart werden. Ein dauerhafter Behandlungserfolg hängt von Ihrer aktiven häuslichen Mitarbeit und der regelmäßigen zahnärztlichen Untersuchung ab. Wir erinnern Sie daher im Rahmen unseres „Recall-Service“ an Untersuchungen und / oder Behandlungen, damit Sie regelmäßig einen Termin in unserer Praxis vereinbaren.

Ihr Praxisteam

Einverständniserklärung:

Ich möchte den „RecallService“ Ihrer Praxis in Anspruch nehmen. Bitte erinnern Sie mich in regelmäßigen Abständen an einen Nachsorge Termin zur Untersuchung und / oder zur Behandlung.
Die Teilnahme am Recall kann ich jederzeit widerrufen.

_____ Datum

_____ Unterschrift

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

Liebe Patientin, lieber Patient,
haben Sie Interesse an unserem Erinnerungsservice für den jährlichen Zahnarztbesuch? Dann darf ich Sie bitten, dies durch Ihre Unterschrift zu dokumentieren. Sollten Sie noch Fragen haben, wenden Sie sich bitte an mich oder meine Mitarbeiterinnen. Wir antworten Ihnen gerne.

Ich bin bereit, an Ihrem Recall-Service mittels Mail oder SMS teilzunehmen. 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).

_____, den _____

Unterschrift Patient/in



Zahnarzt Christian Eck

Eduard-Fritze Str. 7 - 98617 Meiningen - Tel: 03693 502743 - Fax: 03693/503732
eMail: info@zahnarzt-meiningen.de web: www.zahnarzt-meiningen.de

sollten Sie Ihren Termin ohne Grund nicht wahrnehmen oder nicht innerhalb von 24h vorher absagen, fällt eine Praxisausfallgebühr lt. §615 BGB an. Diese richtet sich nach der Dauer des geplanten Termines und hat folgende Höhe:

1/2h = 30,00€
1h = 50,00€
2h = 70,00€
3h = 90,00€.

Wir werden Ihnen bzw. dem Zahlungspflichtigen dann eine Rechnung über den jeweiligen Betrag zuschicken.

Meiningen, den _____

(Patient/Zahlungspflichtiger)

Name, Vorname und Anschrift des Patienten

geboren am

Pflichtfeld – per Hand ausfüllen oder per EDV bedrucken

Name, Vorname

Geburtsdatum

Straße

PLZ, Ort

Stellung zum Patienten:

 Vater Mutter Betreuer
 oder

Telefonnummer (priv.)

Beruf/Arbeitgeber

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG FACTORING

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient, um mich von dem steigenden Verwaltungsaufwand zu entlasten und mehr Zeit für meine Patienten zu haben, arbeite ich mit der PVS dental GmbH zusammen.

Die PVS dental GmbH ist ein Tochterunternehmen von mehreren berufsständischen Privatärztlichen Verrechnungsstellen, die von Ärzten und Zahnärzten gegründet wurde und durch diese geleitet wird.

Ihre Mitarbeiter unterliegen – wie jeder Arzt oder Zahnarzt – den Bestimmungen der Schweigepflicht und des Datenschutzes. Meine Honorarforderungen trete ich an die PVS dental GmbH ab. Die PVS dental GmbH wird die Rechnungen erstellen und die Honorarforderungen für eigene Rechnungen einziehen. Im Falle eines Rechtsstreits ist die PVS dental GmbH Prozesspartei und ich würde gegebenenfalls als Zeuge gehört werden.

Ich bitte Sie, mir durch Ihre Unterschrift Ihr **Einverständnis** zu erteilen, die zur Rechnungserstellung und zur Abtretung meiner Forderungen notwendigen persönlichen Behandlungsdaten wie Anschrift, Geburtsdatum, Kostenträger, Behandlungstage, erbrachte Leistungen nach der Gebührenordnung und dazugehörige Diagnosen an die PVS dental GmbH zu übermitteln. Gleichzeitig ermächtigen Sie mich durch Ihre Unterschrift, vor Beginn der Behandlung bei einer Auskunft

oder Kreditschutzorganisation (Creditreform Boniversum GmbH) eine Auskunft über Ihre Bonität bzw. bei Rechnungsbeträgen über 5.000,- Euro eine Schufa-Auskunft einzuholen. Die PVS dental GmbH gibt keine Patientendaten an eine Bank weiter. Die Datenübermittlung an die Auskunftsteilnehmer oder Kreditschutzorganisation erfolgt über die PVS dental GmbH, Limburg.

Sie können Ihre Einwilligung mit Wirkung für die Zukunft jederzeit widerrufen. Bis zum Zeitpunkt des Widerrufs erfolgte Datenverarbeitungen bleiben rechtmäßig. Ihre Daten dürfen dann noch insoweit weiter verarbeitet werden, wie dies aufgrund gesetzlicher Vorschriften erforderlich ist. Der Widerruf kann gegenüber mir oder der PVS dental GmbH mittels schriftlicher Erklärung unter Angabe Ihres Namens und Anschrift (ggf. Rechnungsnummer) geschehen. Hierdurch entstehen Ihnen keine Nachteile. Weitergehende Informationen zum Thema Datenschutz bei der PVS dental GmbH und zu Ihren Rechten erfahren Sie unter:

www.pvs-dental.de/datenschutz.html

Hiermit willige ich in die Datenverarbeitung durch die PVS dental GmbH zu den vorgenannten Zwecken ein und entbinde insoweit den Leistungserbringer und dessen berufsmäßige Gehilfen zugleich von der ärztlichen Schweigepflicht.

Mit freundlichem Gruß
Ihr Praxisteam

Ort / Datum

Unterschrift Patient/-in bzw. gesetzliche/-r Vertreter/-in

PVS dental GmbH

Auf der Heide 4, 65553 Limburg
Tel. 06431 - 285800 | Fax 06431 - 2858013
info@pvs-dental.de | www.pvs-dental.de

Einwilligungserklärung zur Weitergabe personenbezogener Patientendaten an Praxisnachfolger

Abgeber:



Zahnarzt Christian Eck

Patient/in:

Name	
Adresse (Straße, PLZ, Ort)	

Ich stimme hiermit der Weiterbehandlung durch

Zahnarztpraxis	Christian Eck
Eduard-Fritze-Str. 7	98617 Meiningen

zu. Zum Zweck der Weiterbehandlung darf der vorgenannte Zahnarzt Einsicht in meine Patientenakte des Praxisvorgängers nehmen und eine Kopie weiterverwenden.

Ich stimme hiermit zu, dass die Praxis

Zahnarztpraxis	Dr. med. dent. C. Gilbert-Bresler
Eduard-Fritze-Str. 7	98617 Meiningen

meine vom Praxisvorgänger vorhandene Patientenakte zu dem Zweck verwenden darf, diese zu kopieren und an meinen neuen Behandler

Zahnarztpraxis	Christian Eck
Eduard-Fritze-Str. 7	98617 Meiningen

zu übersenden.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder durch E-Mail 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).

Datum, Ort

Unterschrift Patient/in

Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung für die Verarbeitung personenbezogener Patientendaten gemäß Art. 9, Abs. 2 lit. a DSGVO

Abgeber:



Zahnarzt Christian Eck

Patient/in:

Ich stimme hiermit der Speicherung meiner personenbezogenen Daten für den Zweck der Behandlung und deren Dokumentation durch die Praxis zu. ja [] nein []

Des Weiteren habe ich die Datenschutzhinweise der Firma PVS dental GmbH zur Kenntnis genommen und willige in diese ein. Diese sind jederzeit in der Praxis einzusehen.

ja [] nein []

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass zahnärztliche Dokumentationen, Untersuchungsbefunde, Behandlungsplanungen, Bildmaterialien, Arzt- oder Krankenhausberichte von mir an den weiterbehandelnden Arzt und das zahntechnische Labor herausgegeben werden dürfen, sofern dies medizinisch und zum Zwecke meiner (Weiter-)Behandlung erforderlich ist.

ja [] nein []

Ich bin über die Videoüberwachung der PZR-Oase aufgeklärt und willige in dies hiermit ein.

ja [] nein []

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

ja [] nein []

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).

ja [] nein []

_____, den _____

Unterschrift Patient/in

Einwilligungserklärung

zur Speicherung eines Lichtbilds (Patientenfoto) in Z1 / Z1.PRO

Vorname, Name: _____

Name der Praxis: Zahnarzt Christian Eck

Adresse der Praxis: Eduard-Fritze Str. 7, 98617 Meiningen

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass neben den zu meiner persönlichen Identifikation notwendigen Daten auch:

- mein Lichtbild (Patientenfoto)
- die Archivierung des Lichtbildes (Patientenfoto) innerhalb der Patientenakte

gespeichert wird.

Diese Daten verbleiben auf dem System der Praxis und werden nur innerhalb des Patientenberatungsprogrammes genutzt.

Meine Einwilligung ist freiwillig. Sie ist jederzeit schriftlich beim Praxisinhaber mit Wirkung für die Zukunft widerrufbar. Wenn ich nicht einwillige oder meine Einwilligung widerrufe, entstehen für mich keine Nachteile.

Ich bin darüber informiert, dass ich jederzeit Auskunft über die zu meiner Person gespeicherten Daten verlangen kann. Darüber hinaus habe ich das Recht auf Mitnahme dieser Daten sowie Rechte auf Berichtigung, Einschränkung der Verarbeitung und Löschung dieser Daten. Mein Ansprechpartner ist dabei der Praxisinhaber. Ich habe das Recht, mich bei der zuständigen Datenschutzaufsichtsbehörde zu beschweren, wenn ich der Meinung bin, dass meine personenbezogenen Daten nicht richtig verarbeitet werden.

Ort: Meiningen

Datum: _____

Unterschrift des Patienten (ggf. gesetzlicher Vertreter)



Patienteninformation und Einverständniserklärung für Terminerinnerungen

Ich möchte den Terminbenachrichtigungs-Service Ihrer Praxis in Anspruch nehmen. Bitte übermitteln Sie mir zukünftig Informationen zu vereinbarten Terminen im Anschluss an die Terminvergabe oder im Anschluss an eine vorgemerkte Terminvereinbarung zur Vergabe über die CGM LIFE eSERVICES eTERMINE an meine hinterlegten Kontaktdaten.

Ich möchte mittels der folgenden Services informiert werden:

- UMS, Termininformationen via SMS und/oder E-Mail (Name, Termindatum und Uhrzeit)
- Terminbestätigung via E-Mail (Name, Termindatum und Uhrzeit, Arzt/Ärztin, ggf. Terminart) bzw. via E-Mail über CGM LIFE eSERVICES (Name, Termindatum und Uhrzeit, Arzt/Ärztin)
- Benachrichtigung über ausstehende Terminvereinbarungen via E-Mail über CGM LIFE eSERVICES (Name)

Bei lizenzierter Anbindung an CGM LIFE eSERVICES werden Patienten- und Termindaten des Patienten mit CGM LIFE eSERVICES ausgetauscht.

Bei installierter Anbindung an das UMS-Modul werden Patienten- und Termindaten des Patienten an diesen per E-Mail und/oder SMS übermittelt. Hierzu werden die Daten verschlüsselt an den Provider telemed übermittelt. Die Übermittlung der Nachrichten vom Provider an den Patienten erfolgt über unverschlüsselte SMS oder E-Mail.

Bei lizenziertem Modul „Terminbestätigung per E-Mail“ werden Patienten- und Termindaten des Patienten an diesen per E-Mail übermittelt. Hierzu werden die Daten verschlüsselt an einen Server der CGM übermittelt. Die Übermittlung der Nachrichten von diesem Server an den Patienten erfolgt über unverschlüsselte E-Mail.

Meine Einwilligung ist freiwillig. Sie ist jederzeit schriftlich beim Praxisinhaber mit Wirkung für die Zukunft widerrufbar (Art. 7 Abs. 3 DSGVO). Wenn ich nicht einwillige oder meine Einwilligung widerrufe, entstehen für mich keine Nachteile. Ich bin darüber informiert, dass ich jederzeit Auskunft über die zu meiner Person gespeicherten Daten verlangen kann. Darüber hinaus habe ich das Recht auf Mitnahme dieser Daten sowie Rechte auf Berichtigung, Einschränkung der Verarbeitung und Löschung dieser Daten. Mein Ansprechpartner ist dabei der Praxisinhaber. Ich habe das Recht, mich bei meiner zuständigen Datenschutzaufsichtsbehörde zu beschweren, wenn ich der Meinung bin, dass meine personenbezogenen Daten nicht richtig verarbeitet werden.

.....
(Ort, Datum)

.....
(Unterschrift Patient / gesetzl. Vertreter)