

**Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,**  
**um Ihnen einen vollumfänglichen Service bieten zu können,**  
**bitten wir Sie, diesen Bogen vollständig auszufüllen.**  
**Vielen Dank.**

Leitung Dr. med. dent. Christine Abert  
 Karl-Marx-Allee 90 A • 10243 Berlin  
 Telefon: 030 / 206 202 33  
 Telefax: 030 / 206 202 34  
 info@zahnarzt-implantat-zentrum.de  
 www.zahnarzt-implantat-zentrum.de

**Ihr Praxisteam**

ZZ\_AnmeldungBehandlungsvertragDatenschutz\_V008\_200828\_DE.docx

Nachname	Vorname	Geburtsdatum
Straße, Hausnummer	PLZ, Ort	Land
Telefon privat	Telefon mobil	
Beruf / Tätigkeit	E-Mail (Verwendung nur für persönliche Benachrichtigungen – keine Werbung)	

**Versicherung**

- Gesetzlich  
  Privat - Normaltarif  
  Privat – Basistarif / Studententarif  
  Privat - Beihilfe

\_\_\_\_\_  
 Name der Versicherung bzw. Beihilfe / Bitte führen Sie ggf. den Leistungsumfang Ihres Tarifs auf.

- Selbstzahler

**Vorerkrankungen**

Wir möchten Sie bitten, die nachfolgenden Fragen zu beantworten. Die Antworten unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht, die auch für unsere Mitarbeiter gilt. Ich habe/hatte bereits folgende Erkrankungen:

- Keine der nachfolgenden Erkrankungen
- Herzerkrankungen (z.B. Erkrankung der Kranzgefäße, Herzrhythmusstörungen)
- Bluthochdruck
- Lungenerkrankungen (z.B. Asthma, Bronchitis)
- Stoffwechselerkrankungen (z.B. Diabetes, Gicht)
- Allergien/Unverträglichkeiten (Welche: \_\_\_\_\_)
- Gelenkerkrankungen (z.B. Rheuma, Gicht, Arthrose)
- HIV, Hepatitis
- Sonstige: \_\_\_\_\_

**Medikation**

- Nein  
 Ja, folgende: \_\_\_\_\_

**Für Frauen: Liegt eine Schwangerschaft vor oder könnten Sie schwanger sein?**

- Nein, eine Schwangerschaft liegt bei mir nicht vor.  
 Ja, eine Schwangerschaft liegt bei mir vor oder könnte bei mir vorliegen.

Berlin, \_\_\_\_\_

Ort, Datum	Name (in Druckbuchstaben)	Unterschrift
------------	---------------------------	--------------

\_\_\_\_\_  
Name

\_\_\_\_\_  
Anschrift

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

Leitung Dr. med. dent. Christine Abert  
Karl-Marx-Allee 90 A • 10243 Berlin  
Telefon: 030 / 206 202 33  
Telefax: 030 / 206 202 34  
info@zahnarzt-implantat-zentrum.de  
www.zahnarzt-implantat-zentrum.de

### **Zahnmedizin Behandlungsvertrag**

Zwischen der/dem oben genannten Patientin/Patienten und der Zahnarztpraxis wird hiermit ein Behandlungsvertrag abgeschlossen. Für das Honorar gilt die amtliche Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) und die amtliche Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ). Bei Behandlungen, die nicht in den Gebührenordnungen aufgeführt sind oder deren Umfang den Gebührenrahmen überschreiten, erhält der Patient einen spezifizierten Kostenvoranschlag.

### **Einverständniserklärung**

Ihren Krankenversicherungstarif und Leistungsbeschränkungen und Leistungsausschlüsse hat Ihnen Ihre Krankenversicherung mitgeteilt. Ich bin damit einverstanden, dass die Zahnärzte ihre Honorare nach der Gebührenordnung der Zahnärzte (GOZ) berechnen und den Gebührensatz bis zum 3,5-fachen steigern können. Eine einseitig durch Ihre Versicherung oder durch Sie verkündete Reduzierung des Gebührenrahmens akzeptieren wir nicht. Mündliche Nebenabreden gelten nicht.

Unabhängig vom Eintreten einer Versicherung oder Beihilfe haftet der Patient persönlich für die Kosten der von ihm gewünschten medizinischen Behandlung und die dafür erforderlichen Material- und Laborkosten. Material- und Laborkosten (z. B. Stifte, Abformmaterial, Implantatteile) werden nach den üblichen betriebswirtschaftlichen Regeln vom Eigenlabor berechnet oder durch die Originalrechnung des erstellenden Labors nachgewiesen. Auf Wunsch werden die kostenpflichtigen Kostenvorschläge erstellt oder ggf. von Zulieferern eingeholt.

### **Terminabsage**

Bitte beachten Sie, dass wir eine Bestellpraxis sind und der Termin für Sie reserviert ist. Eine Terminabsage ist kostenlos, wenn diese spätestens 48 Stunden vor dem vereinbarten Termin erfolgt. Allgemeine Sonn- und Feiertage verlängern die Frist entsprechend.

Bei nicht rechtzeitig abgesagtem Termin fällt eine Ausfallsgebühr an i.H.v.:

- 25,00 € für Termine bis 30 Minuten geplanter Dauer
- 50,00 € für Termine über 30 Minuten geplanter Dauer

Das Ausfallshonorar wird erlassen bei ärztlicher Krankschreibung, Vorlegen eines Behördenzeugnisses oder Bestätigung des Arbeitgebers, dass Sie den Termin nicht wahrnehmen konnten. Das Zeugnis ist nur schuldfreiend, wenn uns dieses innerhalb von 14 Tagen vorliegt.

### **Datenschutz**

Ich bin einverstanden, dass Befunde, die für meine Behandlung notwendig sind, nach den gesetzlichen Vorgaben abgerufen werden können und meine medizinischen und persönlichen Daten elektronisch gespeichert werden und für Auswertungen, wie z.B. die Abrechnung gegenüber den Kostenträgern, herangezogen werden können und Dritten, die zur Verschwiegenheit verpflichtet sind bzw. verpflichtet wurden, hierfür bekannt gemacht werden.

Um uns Zahnärzte von dem steigenden Verwaltungsaufwand zu entlasten und mehr Zeit für unsere Patienten zu haben, haben wir dem Dienstleister CAPITAL HEALTH Hospital Group die IT-Dienstleistungen und das Forderungsmanagement übertragen, wo zur Abrechnung der Behandlung die Grunddaten der jeweiligen Behandlung datentechnisch erfasst und verarbeitet werden. Alle Mitarbeiter dieses Unternehmens wurden gesondert zur Verschwiegenheit verpflichtet und unterliegen den Bestimmungen des Datenschutzes mit gleicher gesetzlicher Bindungswirkung wie wir selbst. Wir bitten daher um Genehmigung für die Verarbeitung der Behandlungsdaten zur Leistungsabrechnung, wobei die Patientenbehandlung von einer solchen Erklärung natürlich unberührt bleibt.

Berlin,

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Name (in Druckbuchstaben)

\_\_\_\_\_  
Unterschrift