

Maul & Sammain
Zahnmedizin
Kieferorthopädie
CMD

Wallbrunnstraße 26
79539 Lörrach
Tel.: 07 621 9357 111
www.zahnarzt-maul-sammain.de

Herzlich willkommen in unserer Praxis!

Bevor wir uns in Ruhe über Ihre Wünsche oder Sorgen unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine adäquate und risikofreie Behandlung. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Haben Sie Fragen oder gibt es Unklarheiten beim Ausfüllen der unteren Daten, helfen wir Ihnen gerne weiter.

Ihr Praxisteam

Personalien

Patient:

Name _____ Vorname _____

Geburtsdatum _____ Geburtsort _____

Anschrift:

PLZ _____ Ort _____ Straße _____

Tel.-Privat _____ Tel.-Handy _____ Email-Adresse _____

Versicherter:

Falls abweichend: Name _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____

Krankenkasse: ☐ Pflichtversichert ☐ freiwillig versichert ☐ Privatversicherung: _____

Ich erkläre mein Einverständnis, dass ich per Email/Telefon kontaktiert werden darf: ☐ Ja ☐ Nein

Name und Anschrift des Hausarztes: _____

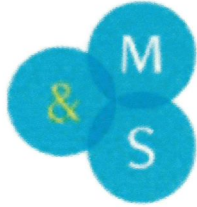
Name und Anschrift des Hauszahnarztes: _____

Hinweis:

Patienten, die von ihrem Hauszahnarzt für spezielle Behandlungen an uns überwiesen wurden, bitten wir, nach Abschluss der Behandlung diesen zur Weiterbehandlung wieder aufzusuchen. Aus Respekt den überweisenden Zahnärzten gegenüber, haben wir uns verpflichtet, Patienten, die nur für bestimmte Behandlungsschritte an uns überwiesen wurden, nicht als eigene Patienten für reguläre Zahnbehandlungen aufzunehmen.

Wie wurden Sie auf uns aufmerksam?

- Empfehlung, wenn ja von wem _____
- Internet: Google ☐, Jameda ☐, Telefonbuch ☐, Gelbe Seiten ☐, Sonstiges: _____



Gesundheitsfragen

Wegen welcher Krankheit werden oder wurden Sie behandelt?

Allgemeine Fragen:

- | | | |
|--|--------------------------|----------------------------|
| Knirschen oder pressen Sie mit Ihren Zähnen? | ☐ Ja | ☐ Nein |
| Leiden Sie unter Kopfschmerzen oder Migräne? | ☐ Ja | ☐ Nein |
| Haben Sie Verspannungen an der Nacken- oder
Schultermuskulatur? | ☐ Ja | ☐ Nein |
| Rauchen Sie? | ☐ Ja | ☐ Nein |

Herzerkrankungen:

- | | | |
|---|--------------------------|----------------------------|
| Herzschwäche (Insuffizienz) | ☐ Ja | ☐ Nein |
| Unregelmäßiger Herzschlag (Arrhythmien) | ☐ Ja | ☐ Nein |
| Herzasthma, Angina pectoris | ☐ Ja | ☐ Nein |
| Herzschrittmacher | ☐ Ja | ☐ Nein |

Kreislaufferkrankungen:

- | | | |
|--|--------------------------|----------------------------|
| zu hoher Blutdruck | ☐ Ja | ☐ Nein |
| zu niedriger Blutdruck | ☐ Ja | ☐ Nein |
| Herzinfarkt, wann? | ☐ Ja | ☐ Nein |
| Einnahme gerinnungshemmender Medikamente | ☐ Ja | ☐ Nein |
| Ohnmachtsanfälle | ☐ Ja | ☐ Nein |

Stoffwechselerkrankungen:

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|----------------------------|
| Zuckerkrankheit | ☐ Ja | ☐ Nein |
| Magen-Darm-Erkrankungen | ☐ Ja | ☐ Nein |
| Schilddrüsenerkrankungen | ☐ Ja | ☐ Nein |

Immunsystem:

- | | | |
|---|--------------------------|----------------------------|
| Leiden Sie unter Erkrankungen des Immunsystems? | ☐ Ja | ☐ Nein |
| Wenn ja, welche? _____ | | |

Allergien / Unverträglichkeiten:

- | | | |
|------------------|--------------------------|----------------------------|
| Lokalanästhetika | ☐ Ja | ☐ Nein |
| Schmerzmittel | ☐ Ja | ☐ Nein |
| Antibiotika | ☐ Ja | ☐ Nein |
| Metalle | ☐ Ja | ☐ Nein |
| Andere: _____ | | |

Infektionskrankheiten:

- | | | |
|--|--------------------------|----------------------------|
| Leberentzündungen/Gelbsucht (Hepatitis A oder B) | ☐ Ja | ☐ Nein |
| Tuberkulose | ☐ Ja | ☐ Nein |
| AIDS, HIV | ☐ Ja | ☐ Nein |
| Creutzfeld-Jakob/MRSA/Sonstiges: _____ | ☐ Ja | ☐ Nein |

Nehmen Sie zurzeit Medikamente?

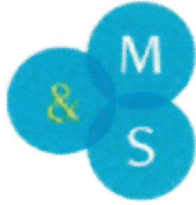
- | | | |
|------------------------|--------------------------|----------------------------|
| Wenn ja, welche? _____ | ☐ Ja | ☐ Nein |
|------------------------|--------------------------|----------------------------|

- | | | |
|--|--------------------------|----------------------------|
| Frühere Röntgenuntersuchungen an den Zähnen? | ☐ Ja | ☐ Nein |
| Wenn ja, wann? _____ | | |

Für Frauen:

- | | | |
|--|--------------------------|----------------------------|
| Sind Sie schwanger? (Welcher Monat? _____) | ☐ Ja | ☐ Nein |
|--|--------------------------|----------------------------|

Ich nehme zur Kenntnis und wurde nochmals darauf hingewiesen, dass nach der Lokalanästhesie (Betäubungsspritze) meine Fahrtüchtigkeit stark eingeschränkt sein kann und im Falle eines Unfalls keine Versicherung für evtl. Schäden aufkommt. Im Falle von Überweisungen erkläre ich mich einverstanden, dass meine Unterlagen an Kollegen übermittelt werden. Die „Informationen zur Erhebung personenbezogener Daten“ sind in der Praxis einsehbar.



Maul & Sammain
Zahnmedizin
Kieferorthopädie
CMD

Wallbrunnstraße 26
79539 Lörrach
Tel.: 07 621 9357 111
www.zahnarzt-maul-sammain.de

Hinweise für den Patienten zur Abrechnung

Liebe Patientin, lieber Patient

Um mehr Zeit für Ihre Behandlung und Betreuung zu haben, halten wir unseren Verwaltungsaufwand so gering wie möglich. Deshalb haben wir die Abrechnung an unseren Partner übertragen.

PVS-MEFA Reiss GmbH
Erzbergerstr. 25
78224 Singen
Telefon 07731/9901-0

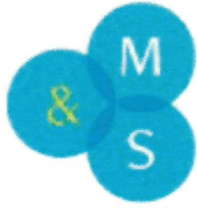
Die PVS-MEFA Reiss GmbH unterliegt als Abrechnungsgesellschaft den einschlägigen Bestimmungen des Bundesdatenschutzgesetzes und verarbeitet Patientendaten mit höchster Sorgfalt und absoluter Vertraulichkeit.

Für alle Fragen zur Abrechnung stehen Ihnen bei PVS-MEFA Reiss Ansprechpartner zur Verfügung. PVS-MEFA Reiss GmbH bietet Ihnen darüber hinaus auch einen Online-Service rund um die Uhr unter www.pvs-mefa.de

Für dieses Abrechnungsverfahren benötigen wir Ihr schriftliches Einverständnis. Wir bitten Sie deshalb um Ihre Zustimmung durch Unterzeichnung der umseitigen Erklärung.

Vielen Dank für Ihr Vertrauen!

Ihre Gemeinschaftspraxis für umfassende Zahnmedizin
Dr. med. dent. Johanna Maul & Dr. med. Dr. med. dent. Simon Sammain



Maul & Sammain
Zahnmedizin
Kieferorthopädie
CMD

Wallbrunnstraße 26
79539 Lörrach
Tel.: 07 621 9357 111
www.zahnarzt-maul-sammain.de

Name Patient

Vorname Patient

geb. am:

Straße

PLZ/Ort

Einverständniserklärung

Ich erkläre mich einverstanden mit der

- Weitergabe der zum Zwecke der Abrechnung und Geltendmachung jeweils erforderlichen Informationen, insbesondere von Daten aus der Patientenakte, an die PVS-MEFA Reiss GmbH. Hierbei handelt es sich um Name, Anschrift, Geburtsdatum, Kostenträger, die erbrachte Leistung gem. den Gebührenordnungen sowie die dazugehörigen Diagnosen, Befunde, Rechnungsbeträge, Laborrechnungen und Formulare.
- Abtretung der sich aus der Behandlung ergebenden Forderungen auf Begleichung der Behandlungskosten an die PVS Reiss GmbH.
- Weiterabtretung der Forderung im Rahmen der Refinanzierung an die refinanzierenden Banken (apoBank, Sparkasse Hegau-Bodensee). Ich kann jederzeit das betreffende Kreditinstitut bei meinem Behandelnden und/oder der PVS Reiss GmbH erfragen.

Ich wurde darüber aufgeklärt, dass die PVS-MEFA Reiss GmbH die Leistungen meine Behandelnden mir gegenüber ausschließlich auf dessen Weisung im eigenen Namen in Rechnung stellen und auf eigene Rechnung einziehen wird. Sollte es über die Berechtigung der Forderung unterschiedliche Auffassungen geben, kann mein Behandelnder in einer etwaigen Auseinandersetzung als Zeuge gehört werden. Ich entbinde hiermit meinen Behandelnden von seiner ärztlichen Schweigepflicht, soweit dies für die Abrechnung und die Geltendmachung der Forderung erforderlich ist.

Ich bin damit einverstanden, dass meine persönlichen Daten sowie meine Behandlungsdaten der PVS Reiss GmbH zur Rechnungstellung und zur Geltendmachung – ggf. elektronisch – erhoben, gespeichert, verarbeitet, genutzt und übermittelt werden. Die PVS Reiss GmbH verpflichtet sich und evtl. Dienstleister zur Verschwiegenheit sowie zur Einhaltung des Datenschutzes. Diese Erklärung gilt auch für zukünftige Behandlungen und kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft über Ihren Behandelnden oder die PVS Reiss GmbH schriftlich widerrufen werden.

Ort, Datum

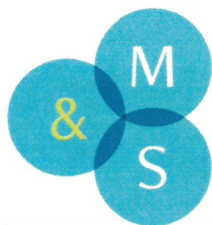
Unterschrift Patient bzw. gesetzlicher Vertreter

Gesetzlicher Vertreter:

Name, Vorname

Geburtsdatum

Adresse (falls abweichend)



Einwilligungserklärung und Zustimmung

Einwilligungserklärung des Patienten und Zustimmung zum iTero- Intraoralscan

Alternativ zum Abdruck der Zähne verwenden wir einen iTero-Intraoralscanner als Teil Ihrer zahnärztlichen und/oder kieferorthopädischen Behandlung. Dabei nimmt Ihr Arzt ein 3D-Bild Ihrer Zähne und Ihres Mundes für verschiedene Zwecke auf, die von Ihrem Arzt bestimmt werden. Die Verwendung des iTero-Scanners setzt voraus, dass Ihr Arzt Ihre personenbezogenen Daten, einschließlich sensibler Gesundheitsdaten, an Align Technology, Inc. mit Sitz in San Jose, Kalifornien („Align“) zur Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten weitergibt, um Ihrem Arzt auf dessen Wunsch Dienstleistungen zu erbringen.

Einwilligungserklärung

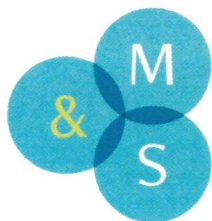
Hiermit gebe ich meine Zustimmung, dass mein Arzt den iTero-Intraoralscanner im Rahmen meiner zahnärztlichen und/oder kieferorthopädischen Behandlung verwendet.

Ich verstehe und stimme zu, dass mein Arzt meine Medizinischen Unterlagen sammelt und verwendet, einschließlich, aber nicht beschränkt auf Röntgenaufnahmen (Röntgenbilder), Berichte, Diagramme, Krankengeschichte, Fotos, Befunde, Gipsmodelle, Zahnabdrücke oder intraorale Scans, Verordnungen, Diagnosen, medizinische Tests, Testergebnisse, ethnische Zugehörigkeit,

Abrechnungen und andere Behandlungsunterlagen im Besitz meines Arztes („Medizinische Unterlagen“), soweit dies für die Behandlung, den Kundendienst und die Abrechnung erforderlich ist. Wenn ich dieser Verwendung meiner Medizinischen Unterlagen nicht zustimme, kann ich möglicherweise keinen iTero-Intraoralscan erhalten.

Weder ich werde, noch wird jemand in meinem Namen rechtlichen, angemessene/n oder monetäre/n Schadensersatz oder Rechtsmittel für eine solche Offenlegung fordern. Ich erkenne an, dass die Verwendung meiner medizinischen Aufzeichnungen ohne Entschädigung erfolgt und dass ich weder in meinem Namen noch jemand in meinem Namen ein Recht auf Genehmigung oder Anspruch auf Entschädigung habe/hat oder rechtliche/n, angemessene/n oder monetär/n Schadensersatz oder Rechtsbehelfe anstrebe/anstrebt oder erhalten werde/werden, die sich aus einer solchen Nutzung ergeben, die den Bedingungen dieser Zustimmung entspricht.

Eine Kopie dieser Einwilligung gilt als wirksam und gültig wie ein Original. Ich habe die Bedingungen dieser Einwilligung gelesen, verstanden und akzeptiere sie, wie durch meine Unterschrift unten angegeben.



Datenschutzerklärung

Ihr Arzt ist der Verantwortliche für alle personenbezogenen Daten, die in Ihren Medizinischen Unterlagen enthalten sind. Align und andere Mitglieder der Unternehmensgruppe („Align-Gruppe“) erhalten Zugriff auf Ihre Medizinischen Unterlagen, die auf Servern von Align Gruppe außerhalb Ihres Wohnsitzlandes gespeichert werden können. Die Align-Gruppe schützt Ihre Daten jedoch weiterhin in Übereinstimmung mit den Binding Corporate Rules („BCRs“) [verbindlichen unternehmensinternen Vorschriften] der Align-Gruppe, die Sie unter www.aligntech.com einsehen können.

Ihre Medizinischen Unterlagen werden nur dann an Dritte weitergeben, wenn dies nach geltendem Recht zulässig ist, z.B. wenn dies zum Schutz Ihrer lebenswichtigen Interessen oder der Interessen einer anderen Person oder zur Begründung, Ausübung oder Verteidigung von Rechtsansprüchen erforderlich ist. Ihr Arzt und die Align-Gruppe verarbeiten Ihre Medizinischen Unterlagen zu Behandlungszwecken. Die Align-Gruppe kann Ihre Medizinischen Unterlagen anonymisieren und für interne Analyse- und Forschungszwecke verwenden. Ihr Arzt und die Align-Gruppe bewahren Ihre Medizinischen Unterlagen nur so lange auf, wie dies aus legitimen Gründen

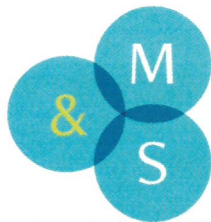
erforderlich ist, z.B. um Sie zu behandeln und gesetzlichen Verpflichtungen nachzukommen. Die Medizinischen Unterlagen werden dann entweder gelöscht oder anonymisiert oder, falls dies nicht möglich ist (z.B. weil Ihre Medizinischen Unterlagen in Backup-Archiven gespeichert wurden), sicher gespeichert, bis sie gelöscht werden können.

Wenn Sie Fragen zur Verwendung Ihrer Medizinischen Unterlagen haben, können Sie sich an Ihren Arzt wenden, auch in Bezug auf Ihre Rechte:

- auf Zugang, Berichtigung, Aktualisierung oder Löschung Ihrer Medizinischen Unterlagen;
 - auf Einschränkung der Bearbeitung Ihrer Medizinischen Unterlagen;
 - zu verlangen, dass Ihr Arzt Ihre Medizinischen Unterlagen an einen anderen Arzt übermittelt; und
 - Ihre Einwilligung zur Verarbeitung Ihrer Medizinischen Unterlagen jederzeit zu widerrufen.
- Sie haben auch das Recht, sich bei Ihrer örtlichen Datenschutzbehörde über die Sammlung und Verwendung Ihrer Medizinischen Unterlagen zu beschweren.

Lörrach, den

Patient bzw. gesetzlicher Vertreter



Aufklärung/Einverständnis

Terminversäumnis

Um eine erfolgreiche Behandlung durchzuführen, ist auch die Einhaltung von Behandlungsterminen notwendig.

Einmal vereinbarte Behandlungstermine können kostenfrei vor dem Termin abgesagt oder verschoben werden.

Da die Bereitstellung unseres Teams Kosten verursacht, behalten wir uns die teilweise Geltendmachung der durch den Terminausfall entstandenen Kosten vor, sollten vereinbarte Behandlungstermine unentschuldigt versäumt werden.

Pauschal sind hierfür 30€ je ausgefallene Viertelstunde Schadenersatz angesetzt, es sei denn ein geringerer Schaden oder das unverschuldete Versäumnis einer rechtzeitigen Absage kann nachgewiesen werden.

Lörrach, den

Patient bzw. gesetzlicher Vertreter