Sehr geehrte(r) Besucher/in,

im Anhang finden Sie unseren Anamnesebogen sowie weitere gesetzlich vorgeschriebene Informationsdokumente. Bitte füllen Sie diese Unterlagen vorab aus und senden diese per Foto, Scan oder Kopie an uns zurück. **Gerne in digitaler Form per E-Mail, WhatsApp, Signal.**

Sollten Sie täglich mehrere Medikamente einnehmen, bringen Sie bitte eine aktuelle Medikamentenliste mit.

Falls Röntgenaufnahmen Ihrer Zähne und Kiefer (nicht älter als 12 Monate) existieren, teilen Sie uns bitte mit, in welcher Praxis/Klinik wir diese anfordern können.

Bei Fragen vor Ihrem Termin zögern Sie bitte nicht, uns zu kontaktieren.

Zum Termin!

- **Elektronische Gesundheitskarte**
  gesetzlich versichert, ab 01.01.2015 nur eGK
- **Privat versichert**
  Personalausweis oder Reisepass (Identitätsnachweis)
- **Terminabsage**
  Möglichst frühzeitig; kurzfristige Absagen sind problematisch
- **Praxis**
  2. OG, barrierefrei, Fahrstuhl vorhanden
- **Vorab-Info**
  Website Zahnfleisch-Praxis.de zu Zahnfleischentzündung und -rückgang

Hier finden Sie uns

Zahnfleisch-Praxis
Anrather Str. 4
47807 Krefeld

Parkscheibe

Eine Stunde in Parkbuchten entlang der Kölner Straße. 1,5 Stunden auf dem REWE Parkplatz (Kölner Str. 518 / ca. 3 Minuten Fussweg).

Gebührenfrei

Kostenlos parken in Anrather Straße, Marienstraße und Clemensstraße.

Beste Parkmöglichkeit

Parkplatz der Volksbank Krefeld, die sich im gleichen Gebäude wie unsere Praxis befindet. Die ersten 30 Minuten sind kostenlos, danach gebührenpflichtig. Zufahrt über Kölner > Anrather Straße, Einfahrt rechts neben dem Gebäude. Zahlung bei Ausfahrt nur mit EC- oder Kreditkarte.

Einige Navis kennen die Anrather Str. 4 nicht. In diesen Fall bitte folgende Adresse eingeben: **Kölner Str. 565, 47807 Krefeld.**

Wir wünschen Ihnen eine gute Anreise!

Zahnfleisch-Praxis | Die Zahnfleisch–Spezialisten
Dr. med. dent. Daniel Lohmann und Kollegen
www.zahnfleisch-praxis.de | Anrather Straße 4 | 47807 Krefeld-Fischeln
E-Mail: praxis@zahnfleisch-praxis.de | Tel: 02151-788-110 | Fax: 02151-788-112

Herzlich Willkommen bei den Zahnfleisch – Spezialisten

Dr. med. dent. Daniel Lohmann und Kollegen

Zahnfleisch Praxis.de

Liebe Patientin, lieber Patient, für eine individuelle und auf Ihren Gesundheitszustand abgestimmte Behandlung benötigen wir einige persönliche Angaben. Wir bitten Sie diesen Fragebogen sorgfältig und vollständig auszufüllen. Sämtliche Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Spätere Änderungen bitten wir umgehend mitzuteilen.
Vielen Dank!

☐ Frau ☐ Herr ☐ Divers Name, Vorname _____ Geburtsdatum Geburtsort

Straße PLZ, Ort Beruf

Telefon Festnetz Telefon Arbeit Telefon Mobil E-Mail

Bei Familienvers. Name, Vorname des Hauptversicherten Geburtsdatum evtl. abweichende Anschrift

Krankenkasse / Geschäftsstelle

☐ Gesetzlich versichert ☐ Privat versichert ☐ Bericht an Arzt
☐ Zusatzversicherung ☐ Basistarif
☐ Beihilfeberechtigt

WIE WURDEN SIE AUF UNSERE PRAXIS AUFMERKSAM?

☐ Zufällig ☐ Internet ☐ Empfehlung Überweisender Zahnarzt / Arzt Hausarzt

ALLGEMEINE GESUNDHEITSSITUATION

	Nein	Ja	Selten
Zahnfleischbluten?	☐	☐	☐
Mundgeruch?	☐	☐	
Zahnfleischrückgang?	☐	☐	
Lockere Zähne?	☐	☐	
Parodontosebehandlung durchgeführt?	☐	☐	wenn ja wann: _____

BITTE MACHEN SIE ZU FOLGENDEN PUNKTEN MÖGLICHST GENAUE ANGABEN

Rauchen Sie?
☐ Ja, ca. ____ / Zigaretten pro Tag.
☐ Nein, seit ____ Monaten/Jahren nicht mehr.
☐ Noch nie.

Letzte Röntgenuntersuchung im Bereich der Zähne? _____

AKTUELLE ODER FRÜHERE ERKRANKUNGEN

hoher ☐ niedriger ☐ Blutdruck Herzrhythmusstörungen ☐ Medikament/e: _____

bereits erlittener Schlaganfall ☐ Herzinfarkt ☐ Medikament/e: _____

Blutgerinnungsstörungen ☐ Medikament/e: _____

Diabetes Typ I ☐ II ☐ HbA1c-Wert _____ Medikament/e: _____

Schilddrüsenerkrankung ☐ Medikament/e: _____

Rheumatische Erkrankungen ☐ Medikament/e: _____

Magenerkrankung ☐ Darmerkrankung ☐ Nierenerkrankung ☐ Medikament/e: _____

Migräne ☐ Medikament/e: _____

Asthma ☐ Heuschnupfen ☐ Bronchitis ☐ Medikament/e: _____

Allergien ☐ Überempfindlichkeiten ☐ auf folgendes: _____

Infektionskrankheiten: HIV ☐ Hepatitis: A ☐ B ☐ C ☐ D ☐ Tuberkolose ☐

Erkrankungen, die nicht bereits abgefragt wurden: _____

Sonstige Medikamenteneinnahmen: _____

Besteht eine Schwangerschaft: Ja ☐ Nein ☐ Vielleicht ☐

Teilen Sie uns bitte Änderungen Ihrer Adresse und sonstiger Personalien sowie Ihres Gesundheitszustandes mit!

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben. Meine Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht gem. § 203 StGB. sowie den strengen Bestimmungen des Datenschutzes.

Ort, Datum Unterschrift (Erziehungsberechtigter bei Kindern unter 18 Jahren)

Wir möchten uns gerne vorstellen!

Wir sind eine Fachzahnarztpraxis und auf die Behandlung von Zahnfleischerkrankungen spezialisiert. Zahnfleisch ist ein lebendiges und stark durchblutetes Gewebe. Es ist ein wichtiger Teil unseres Immunsystems und reagiert auf die unterschiedlichsten Reize.

Vor Ihrem Termin

Gesundheitsfragebogen: Bitte füllen Sie den anliegenden Bogen so ausführlich wie möglich aus und senden Sie uns die Unterlagen umgehend zurück.

Kontaktaufnahme: Nach Eingang der Unterlagen kontaktieren wir Sie, klären offene Fragen und können fehlende Unterlagen oder Röntgenbilder von anderen Praxen anfordern. So können wir uns bei Ihrem Besuch intensiver auf Ihre Probleme konzentrieren.

Terminplanung

Feste Termine: Wählen Sie Ihre Termine so aus, dass Sie diese gut wahrnehmen können. Eine erfolgreiche Therapie erfordert eine feste Planung.

Terminerinnerung: Wir bestätigen vereinbarte Termine per SMS/E-Mail. Bitte informieren Sie uns über Änderungen Ihrer Mobilnummer/E-Mail.

Terminabsagen: Termine, die nicht mindestens 24 Stunden vorher abgesagt werden und nicht neu vergeben werden können, werden mit einer Kostenpauschale von EUR 90,- berechnet.

Betäubung und Anästhesie

Betäubung: Bei unseren Behandlungen müssen wir oft Zähne oder Zahnfleisch betäuben. Nach der Injektion von zahnärztlichen Anästhetika im Kopfbereich besteht eine Fahruntüchtigkeit von etwa 4 bis 6 Stunden.

Leitungsanästhesie: Diese kann in sehr seltenen Fällen zu dauerhaften Nervschäden führen, was das Gefühl auf der betroffenen Zungenseite beeinträchtigen würde. Es gibt jedoch oft alternative Methoden zur Schmerzausschaltung. Wir beraten Sie gerne dazu.

Leistungsabrechnung

Privatversicherte und Selbstzahler: Unsere Abrechnung erfolgt nach der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ 2012).

Gesetzlich Versicherte: Leistungen können entsprechend dem Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen (BEMA 2004) erhalten werden. Der Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen (BEMA 2004) enthält begrenzte Leistungen im Bereich der Parodontologie. Bei fortgeschrittener parodontaler Diagnose können außervertragliche Leistungen sinnvoll sein.

Kostenklärung

Wir bemühen uns, Kostenfragen im Vorfeld zu klären und möchten darauf hinweisen, dass durch Restriktionen der Beihilfeverordnung sowie der privaten und gesetzlichen Krankenversicherer nicht alle Positionen der Gebührenverordnung abgedeckt sind. In diesem Fall ist das Honorar von den Patienten zu begleichen.

Heil- und Kostenplan: Auf Wunsch erstellen wir vor der Behandlung einen Heil- und Kostenplan.

Factoring: Ein Factoring kann auch durch eine beauftragte Person erfolgen.

Datum

Unterschrift
(Erziehungsberechtigte bei Kindern unter 18 Jahren)

Zahnfleisch-Praxis | Die Zahnfleisch–Spezialisten
Dr. med. dent. Daniel Lohmann und Kollegen
www.zahnfleisch-praxis.de | Anrather Straße 4 | 47807 Krefeld-Fischeln
E-Mail: praxis@zahnfleisch-praxis.de | Tel: 02151-788-110 | Fax: 02151-788-112

Informationsblatt gemäß Artikel 13 Datenschutzgrundverordnung (DSGVO)

Zahnfleisch Praxis.de

Seit dem 25.05.2018 ist die neue Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) EU-weit in Kraft. Wir möchten Ihnen daher aufzeigen welche Daten wir erheben, warum wir dies tun und wie wir diese Daten verwenden.

Verantwortlich für die Datenerhebung und Datenverarbeitung ist Dr. Daniel Lohmann, Anrather Str. 4 – 47807 Krefeld.

Die von Ihnen erhobenen personenbezogenen Daten werden zur Erfüllung des Behandlungsvertrages sowie zur Dokumentation der Behandlung (§630a und §630f BGB) erhoben. (siehe Datenerhebungsbogen und Gesundheitsfragen)

Die Verarbeitung aufgrund Artikel 6 Absatz 1 lit. F DSGVO Ihrer Daten erfolgt überwiegend elektronisch und dient der Behandlungsdokumentation und Durchsetzung zivilrechtlicher Ansprüche (z. Bsp. zur Abrechnung der Behandlung).

Die Daten werden an die kassenzahnärztliche Vereinigung (KZV Nordrhein), die Krankenkasse oder an ein Factoring-Unternehmen weitergeleitet.

Aufgrund des §630 f Abs. 3 BGB sind wir verpflichtet die Daten für mindestens 10 Jahre zu speichern (Behandlungsdokumentationspflicht).

Da die Bereitstellung gesetzlich von uns verlangt wird, ist die Erhebung Ihrer personenbezogenen Daten zur Behandlungsdurchführung erforderlich.

Ohne die Bereitstellung kann KEINE Behandlung erfolgen.

Die Datensicherung unserer elektronischen Behandlungsdaten erfolgt eventuell auf Cloud-Servern innerhalb der EU, sodass auch diese Dienstleister der DSGVO unterliegen.

Im Rahmen unserer zahnärztlichen Behandlung erheben wir zusätzlich personenbezogene Gesundheitsdaten (Befunde, Röntgenbilder, Fotos).

Bei der Kommunikation mit ärztlichen und zahnärztlichen Kollegen, sowie Krankenkassen kommt es zum Austausch von personenbezogenen Daten.

Diese Kommunikation kann über Telefon, Briefpost oder E-Mail (verschlüsselt) erfolgen.

Bei jeder Weitergabe Ihrer Daten weisen wir den Empfänger darauf hin, dass Ihre Daten nur im Rahmen Ihrer dortigen Behandlung und zur Aufnahme in die Behandlungsdokumentation verwendet werden dürfen.

Eine darüber hinaus gehenden Verarbeitung und Weiterleitung dieser Daten unterliegt ebenfalls der DSGVO und bedarf damit evtl. Ihrer vorherigen Zustimmung.

Als betroffene Person werden Sie darüber informiert, dass Sie ein Recht auf Auskunft (Art. 15 DSGVO), Berichtigung (Art. 16 DSGVO), Löschung bzw.

Einschränkung (Art. 18 DSGVO) der Verarbeitung oder eines Widerspruchsrechts gegen die Verarbeitung (Art. 21 DSGVO) sowie des Rechts auf Datenübertragbarkeit (Art. 20 DSGVO) haben.

Zudem haben Sie das Recht, die Einwilligung im Sinne von Art. 6 Abs. 1 lit. A oder Art. 9 Abs. 2 lit. A DSGVO jederzeit zu widerrufen, ohne dass die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung berührt wird.

Weiter besteht ein Beschwerderecht bei der Aufsichtsbehörde (Landesbeauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit Nordrhein-Westfalen, Postfach 20 04 44, 40102 Düsseldorf)

Zur Kenntnis genommen am: .....

Vor- und Zuname der betroffenen Person: .....

Unterschrift der betroffenen Person: .....

EINWILLIGUNGS- UND SCHWEIGEPFLICHTENTBINDUNGSERKLÄRUNG

Praxisstempel

Name, Vorname des Patienten			Geburtsdatum
Straße, Hausnummer		PLZ, Wohnort	
Telefonnummer tagsüber *	Telefonnummer abends *	E-Mail *	
Name, Vorname des gesetzlichen Vertreters			Geburtsdatum
Straße, Hausnummer		PLZ, Wohnort	

* freiwillige Angabe

Nach vollständiger Aufklärung über die zu erteilende Einwilligungserklärung erkläre ich mich freiwillig und ausdrücklich einverstanden mit der

- **Weitergabe der zum Zwecke der Abrechnung und Geltendmachung jeweils erforderlichen Informationen, insbesondere von Daten aus der Patientenkartei (Name, Geburtsdatum, Anschrift, Befunde, Behandlungsdaten und -verläufe) an MCC Medical CareCapital GmbH** (nachfolgend MCC).
- Abtretung der sich aus der Behandlung ergebenen Forderungen an MCC.
- im Rahmen der Refinanzierung erfolgenden Weiterabtretung der Forderungen der MCC an die HSH Nordbank AG, Gerhart-Hauptmann-Platz 50, 20095 Hamburg, an die Deutsche Postbank AG, Friedrich-Ebert-Allee 114-126, 53113 Bonn, an die Bremer Kreditbank AG, Wachtstraße 16, 28195 Bremen, bzw. an die Sparkasse Krefeld, Ostwall 155, 47798 Krefeld, wobei in jedem Fall die Vertraulichkeit der Patientendaten gewährleistet ist. Es werden keine behandlungsrelevanten Daten weiter gegeben, sondern lediglich Rechnungsempfänger, Rechnungsnummer und Rechnungsbetrag.

Mir ist bekannt, dass die MCC berechtigt ist, eine Informationsauskunft zum bisherigen Zahlungsverhalten von der infoscore Consumer Data GmbH, Rheinstraße 99, 76532 Baden-Baden und/oder von der CRIF Bürgel GmbH, Radlkoferstraße 2, 81373 München und/oder von der SCHUFA Holding AG, Kormoranweg 5, 65201 Wiesbaden sowie Bonitätsinformationen auf Basis mathematisch-statistischer Verfahren unter Verwendung von Anschriftendaten von der informa Solutions GmbH, Rheinstraße 99, 76532 Baden-Baden und/oder von der CRIF Bürgel GmbH, Radlkoferstraße 2, 81373 München einzuholen. Ferner wurde ich darüber informiert, dass die MCC die zum Druck aufbereiteten Rechnungen an die BIT Brand Informations- und Telekommunikationslösungen GmbH / BIT Lettershop GmbH, Pascalstr. 13, 47506 Neukirchen-Vluyn im Rahmen einer Auftragsdatenverarbeitung zum Zweck des Drucks und der Kuvertierung weiter leitet. Darüber hinaus wurde ich darüber informiert, dass die Saldaris GmbH, Am Lichtbogen 55, 45141 Essen als registrierter Inkassodienstleister zum Zwecke des Forderungsmanagements für den Fall, der Nichtzahlung trotz Mahnung eingeschaltet wird.

Diese Zustimmung gilt auch für zukünftige Behandlungen, sie kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft gegenüber dem entsprechenden Arzt/Behandler widerrufen werden. Ich wurde darüber aufgeklärt, dass MCC gegebenenfalls die Leistungen meines behandelnden Arztes mir gegenüber im eigenen Namen in Rechnung stellen und für eigene Rechnung einziehen oder die durch meinen behandelnden Arzt in Rechnung gestellten Beträge für eigene Rechnung einziehen wird. Sollte es über die Berechtigung der Forderung unterschiedliche Auffassungen geben, kann der behandelnde Arzt in einer etwaigen Auseinandersetzung als Zeuge gehört werden. Eine Mehrfertigung dieser Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärung kann ich auf Wunsch anfordern.

Ich entbinde meinen behandelnden Arzt von seiner ärztlichen Schweigepflicht nach § 203 StGB, soweit dies für die Abrechnung, die Geltendmachung der Forderung, die Einholung der Bonitätsauskunft und die Bearbeitung der Rechnungen erforderlich ist.

Streichungen und/oder Änderungen machen diese Erklärung unwirksam.

Ort / Datum

✗
Unterschrift Patient/in bzw. gesetzliche Vertretung / ggf. Rechnungempfänger

INFORMATION GEMÄSS ART. 14 DATENSCHUTZ-GRUNDVERORDNUNG (DS-GVO)

Wir informieren Sie nachstehend gemäß Art. 14 DS-GVO über die Verarbeitung Ihrer Daten.

Identität und Kontaktdaten des Verantwortlichen:

MCC Medical CareCapital GmbH, Hohenzollernstr.47, 47714 Krefeld

Kontaktdaten des Datenschutzbeauftragten:

Für Fragen zum datenschutzrechtlichen Umgang steht Ihnen die MCC GmbH, unter der Kontaktadresse: MCC Medical CareCapital GmbH, Datenschutzteam, Hohenzollernstr. 47, 47714 Krefeld zur Verfügung. Darüber hinaus können Sie sich an unseren extern bestellten Datenschutzbeauftragten Herrn Joachim Kramer, Kramer Datenschutz OHG, Elsternweg 24, 42555 Velbert (etwa unter: info@datenschutz-kramer.de) wenden.

Verarbeitungszwecke und Rechtsgrundlage:

Die Datenverarbeitung erfolgt zum Zwecke der Vertragsabwicklung. Weiterer von uns erfolgter Zweck der Datenverarbeitung ist das Forderungsmanagement. Die Verarbeitung Ihrer Daten ist nach Art. 9 Abs. 2 f) DS-GVO für die Geltendmachung der Forderung aus Ihrem Vertrag mit dem in der Rechnung genannten Ursprungsgläubiger erforderlich. Die Forderung wurde vom Ursprungsgläubiger an die MCC CareCapital GmbH, Hohenzollernstr.47, 47714 Krefeld abgetreten, die diese nun gegenüber Ihnen geltend macht. Darüber hinaus ist rechtliche Grundlage der Datenverarbeitung nach Art. 9 Abs. 2 a) DS-GVO die von Ihnen erteilte Einwilligung.

Datenkategorien:

Wir verarbeiten nachfolgende Kategorien von Daten: Stammdaten, Kommunikationsdaten, Vertragsdaten, Forderungsdaten und damit in Verbindung stehende Gesundheitsdaten und ggf. Zahlungsinformationen.

Datenherkunft:

Die Daten aus den genannten Datenkategorien wurden uns von dem in der Rechnung genannten Abtretungsgläubiger (Leistungserbringer/Arzt/Zahnarzt), übermittelt.

Empfänger:

Im Rahmen des Factoringverfahrens werden wir Ihre Daten im Geschäftsbetrieb an unseren Auftraggeber, darüber hinaus zum Zwecke der Informationsauskunft zum bisherigen Zahlungsverhalten und der Bonitätsprüfung an die SCHUFA Holding AG, Kormoranweg 5,65201 Wiesbaden, die CRIF Bürgel GmbH, Radkoferstr. 2, 81373 München und/oder CRIF GmbH Dessauerstr. 9, 80992 München, die Fa. infoscore Consumer Data GmbH, Rheinstraße 99, 76532 Baden-Baden, informa Solutions GmbH, Rheinstraße 99, 76532 Baden-Baden sowie der Fa. BIT Lettershop GmbH, Pascalstraße 13, 47506 Neukirchen-Vluyn, als Druckdienstleister übermitteln. Zum Zwecke des Forderungsmanagements bei Nichtzahlung trotz Mahnung können die Daten an die Saldaris GmbH, Am Lichtbogen 55, 45141 Essen weitergegeben werden. Ggfs. weitere in Betracht kommende Kategorien von Empfängern sind, sofern dies zum Ankauf der Forderung und deren Einzug erforderlich ist: weitere Auskunfteien, Dienstleister, Einwohnermeldeämter, Rechtsanwälte, refinanzierende Banken.

Dauer der Speicherung:

Nach Zahlung der ausstehenden Forderung oder Beendigung des Inkassoverfahrens prüfen wir nach Ablauf von 3 Jahren, ob wir Ihre Daten noch benötigen und ob einer Löschung gesetzliche Aufbewahrungspflichten entgegenstehen.

Rechte der betroffenen Person:

Ihnen stehen bei Vorliegen der gesetzlichen Voraussetzungen folgende Rechte nach Art. 15-22 DS-GVO zu: Recht auf Auskunft, Berichtigung, Löschung, Einschränkung der Verarbeitung sowie Datenübertragbarkeit. Ihnen steht jederzeit gem. Art. 7 Abs.3 DS-GVO das Recht zu, die Einwilligung zu widerrufen. Hiervon wird die Rechtmäßigkeit der bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt.

Beschwerderecht bei der Aufsichtsbehörde:

Sie haben gemäß Art. 77 DS-GVO das Recht, sich bei der Aufsichtsbehörde zu beschweren, wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht rechtmäßig erfolgt. Die Anschrift der für unser Unternehmen zuständigen Aufsichtsbehörde lautet: Landesbeauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit NRW, Postfach 20 04 44, 40102 Düsseldorf.

CareCapital 4498-180517 / Stand 06-2018