

Sehr geehrte(r) Besucher/in,

wir möchten uns bereits bei Ihrem ersten Besuch möglichst intensiv um Ihr Anliegen kümmern und bitten Sie daher um folgende Dinge:

Füllen Sie bitte den beiliegenden Fragebogen möglichst genau aus. Sofern Sie **regelmäßig Medikamente einnehmen müssen**, führen Sie diese bitte genau auf, oder legen uns eine **aktuelle Medikamentenliste** bei.

Sollten in den **letzten 12 Monaten Röntgenaufnahmen** von Ihren Zähne angefertigt worden sein, teilen Sie uns bitte mit, bei welcher Praxis wir diese anfordern können, oder falls bei Ihnen vorhanden, senden uns diese ebenfalls zusammen mit den anderen Unterlagen zu.

Wenn zu einigen Punkten Unklarheiten oder Fragen bestehen, klären wir dies gerne telefonisch oder bei Ihrem Termin vor Ort.

Senden Sie uns die ausgefüllten Unterlagen möglichst umgehend zu. Dies kann auch gerne elektronisch sein.

Nach Eingang der Unterlagen melden wir uns bei Ihnen für eine Terminvereinbarung.

Wenn Sie zu Ihrem Termin kommen:

- ✓ Denken Sie bitte an Ihre **elektronische Gesundheitskarte** (für gesetzlich versicherte Patienten gilt ab 01.01.2015 ausschließlich nur noch die eGK), bei privat versicherten Patienten bitte **einen Identitätsnachweis** (Personalausweis/Reisepass) mitbringen.
- ✓ Wenn Sie Ihren Termin nicht einhalten können, bitten wir um **möglichst rechtzeitige Nachricht**. Nicht eingehaltene oder sehr kurzfristig abgesagte Termine können wir in der Regel nicht mehr vergeben !
- ✓ Unsere **Praxis liegt im 2.OG** und ist barrierefrei über einen Fahrstuhl erreichbar.
- ✓ Informieren Sie sich bitte im Vorfeld Ihres Besuch über Zahnfleischartzündung und Zahnfleischrückgang auf unserer Website **Zahnfleisch-Praxis.de**.

Wir wünschen eine gute Anreise und danken Ihnen für Ihr Vertrauen.

So finden Sie unsere Praxis in Krefeld-Fischeln

Einige Navigationssysteme kennen die Anrather Str. 4 noch nicht. Verwenden Sie in dem Fall bitte: Kölner Str. 565, 47807 Krefeld



Adresse

Anrather Str. 4, 47807 Krefeld

Parken (beste Parkmöglichkeit)

Gebührenpflichtig auf dem Parkplatz der Volksbank Krefeld (30 Minuten kostenlos). Zufahrt Anrather Straße, Einfahrt neben dem Gebäude. **Beachten Sie, dass die Zahlung bei Ausfahrt erfolgt und nur mit EC- oder Kreditkarte möglich ist.**

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.



Herzlich Willkommen bei den Zahnfleisch – Spezialisten

Dr. med. dent. Daniel Lohmann und Kollegen



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 Zusatzversicherung Privat versichert Basistarif Beihilfeberechtigt Bericht an Arzt

WIE WURDEN SIE AUF UNSERE PRAXIS AUFMERKSAM?

Zufällig Internet Empfehlung Überweisender Zahnarzt / Arzt Hausarzt

ALLGEMEINE GESUNDHEITSSITUATION BITTE MACHEN SIE ZU FOLGENDEN PUNKTEN MÖGLICHSST GENAUE ANGABEN

Nein Ja Selten

Zahnfleischbluten? Rauchen Sie? Ja, ca. ____ / Zigaretten pro Tag.

Mundgeruch? Nein, seit ____ Monaten/Jahren nicht mehr.

Zahnfleischrückgang? Noch nie.

Lockere Zähne? Letzte Röntgenuntersuchung im Bereich der Zähne? _____

Parodontosebehandlung durchgeführt? wenn ja wann: _____

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 Tuberkulose

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 und reagiert auf die unterschiedlichsten Reize.

Für die Untersuchung und Beurteilung Ihres Zahnfleisches brauchen wir daher möglichst genaue Informationen über Ihren aktuellen Gesundheitszustand. Bitte beantworten Sie die Punkte in unserem anliegenden Gesundheitsfragebogen so ausführlich wie möglich und senden uns alle Unterlagen umgehend zurück.

Nach Eingang Ihrer Unterlagen nehmen wir wieder Kontakt mit Ihnen auf, klären mögliche offene Fragen und können auch fehlende Unterlagen und Röntgenbilder gerne in anderen Praxen anfordern. Gut vorbereitet können wir uns bei Ihrem Besuch intensiver auf Ihre Probleme konzentrieren und Lösungen vorstellen und erklären.

Für uns ist es selbstverständlich, dass eine erfolgreiche Therapie mit einer festen Terminplanung einhergeht, damit jedem Patienten die notwendige Zeit gewidmet werden kann. Wählen Sie die Termine bitte so aus, dass sie gut von Ihnen wahrgenommen werden können.

Wir erinnern / bestätigen mit uns vereinbarte Termine automatisiert per SMS / Kurznachricht. Bitte teilen Sie uns Änderungen Ihrer Mobilnummer mit.

Wir möchten darauf hinweisen, dass wir uns das Recht vorbehalten Termine, die nicht wenigstens 24 Stunden vorher von Ihnen abgesagt werden und von uns nicht mehr vergeben werden können, mit einer Kostenpauschale von EUR 90,- an Sie zu berechnen.

Bei unserer Behandlung kommt es meistens vor, dass wir einen oder mehrere Zähne oder Zahnfleischbereiche betäuben müssen. Wir sind gesetzlich dazu verpflichtet Sie darüber aufzuklären, dass nach Injektionen von zahnärztlichen Anästhetika (im Kopfbereich) eine Fahruntüchtigkeit von ca. 4 - 6 Stunden besteht.

Leitungs-Anästhesie im Unterkiefer kann in sehr seltenen Fällen zu einer dauerhaften Schädigung des Zungennervs führen. Dieses würde das Gefühl der betroffenen Zungenseite beeinträchtigen. In vielen Fällen gibt es andere Möglichkeiten der Schmerzausschaltung im Unterkiefer. Wir werden Sie gerne dazu beraten. Sprechen Sie uns an.

Unsere Kostenabrechnung erfolgt bei gesetzlich versicherten Patienten entsprechend dem Berechnungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen (BEMA 2004) und für privat versicherte Patienten entsprechend der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ 2012). Sofern auch bei gesetzlich versicherten Patienten Behandlungsmaßnahmen empfohlen und durchgeführt werden, die nicht durch die gesetzliche Kostenerstattung abgedeckt sind, erfolgt auch hier eine Rechnungsstellung gemäß der GOZ.

Wir sind stets bemüht Kostenfragen im Vorfeld einer Behandlung zu klären und möchten darauf hinweisen, dass sowohl durch Restriktionen der Beihilfeverordnung, als auch der privaten und gesetzlichen Krankenversicherer, nicht alle Positionen der Gebührenverordnung abgedeckt sein können. In diesem Falle ist das Honorar von den Patienten zu begleichen.

Eine Factoring kann auch durch eine beauftragte Person erfolgen. Auf Wunsch erstellen wir vor Behandlung einen Heil- und Kostenplan über die geplante Therapie.

Datum

Unterschrift (Erziehungsberechtigter bei Kindern unter 18 Jahren)

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 Patientenakte (Name, Geburtsdatum, Anschrift, Befunde, Behandlungsdaten und -verläufe) an MCC Medical CareCapital GmbH (nachfolgend MCC).**
- Abtretung der sich aus der Behandlung ergebenden 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, Radtkoferstraße 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, Radtkoferstraße 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

X

Unterschrift Patient/in bzw. gesetzliche Vertretung /
ggf. Rechnungsempfänger

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, Radkofferstr. 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.