

# ZAHNARZTPRAXIS

## Stefan Langner



Hangstrasse 8 63856 Bessenbach Telefon: 06095-1353

### Gesund beginnt im Mund

Um Sie optimal betreuen zu können, möchten wir Ihre Wünsche, Vorstellungen und Ansprüche kennenlernen, denn Ihr Wohlbefinden liegt uns am Herzen.

Wir versichern Ihnen hiermit, dass Ihre Angaben der ärztlichen Schweigepflicht unterliegen und ausschließlich dazu dienen, unsere Betreuung Ihrem Gesundheitszustand optimal anzupassen.

### Persönliche Angaben

Patient  
Name/Vorname:

Geburtsdatum:

Versicherter  
Name/Vorname:

Geburtsdatum:

Anschrift

Telefon Privat:

Geschäftlich:

Mobil:

E-Mail:

Beruf:

Zusatzversicherung?

J  N

---

---

# Gesund beginnt im Mund Anamnese

---

## Risikoanamnese

Diese Angaben sind notwendig, damit Risiken und Komplikationen während der Behandlung vorgebeugt werden können.

- Infektionskrankheiten (HIV, TBC, Hepatitis etc.)  J  N
- Hormonelle Erkrankungen (Diabetes, Schilddrüse etc.)  J  N
- Chronische Erkrankungen (Rheuma, MS, Krebs, Epilepsie etc.)  J  N
- Herzkrankheiten (Herzschrittmacher, Bluthochdruck etc.)  J  N
- Blutgerinnungsstörung  J  N
- Blutverdünnung  J  N
- Wenn ja, welches Medikament:

## Allergien

- Allergien, Arzneimittelüberempfindlichkeiten? welche?  J  N

## Allgemein

- Geschlecht:  w  m
- Schwangerschaft Monat:  J  N
- Stillzeit Monat:  J  N
- Raucher?  J  N
- Möchten Sie, dass wir Sie an Ihren nächsten Vorsorge-Termin erinnern?  J  N
- Wenn ja, per:
- E-Mail
  - Telefon
  - Post

## Medikamente

- Medikamenteneinnahme?  J  N
- Wenn ja, welche:

## Spezielle medizinische Anamnese

Allgemeinerkrankungen und Befindlichkeitsstörungen können in Wechselwirkungen zum Kauorgan stehen. Durch Ihre Angaben können eventuelle Zusammenhänge erkannt und während der Therapie berücksichtigt werden.

- Magen, Bauchspeicheldrüse, Milz:  J  N
- Leber, Galle:  J  N
- Atemsystem, Verdauung, Nasennebenhöhle:  J  N
- Haut ( Allergie, Neurodermitis):  J  N
- Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Hormonelle Störungen:  J  N
- Niere, Blase, Lymphe, Unterleib:  J  N
- Psychische Probleme / Belastungen (auch Therapie):  J  N
- Spezielle Probleme oder sonstige Erkrankungen:  J  N
- Knochenentzündungen (Osteoporose):  J  N
- Augenerkrankungen (Glaukom):  J  N

## Zahnmedizinische Anamnese

Welche Anliegen führt Sie in unsere Praxis? Aktuell:

\_\_\_\_\_

Langfristig:

\_\_\_\_\_

Wie lange liegt Ihr letzter Zahnarztbesuch zurück? Welche zahnärztlichen Maßnahmen wurden getroffen bzw. besprochen?

\_\_\_\_\_

Was ist Ihnen im Zusammenhang mit Ihrer zahnärztlichen Betreuung besonders wichtig?

\_\_\_\_\_

Wie zufrieden sind Sie mit dem Aussehen Ihrer Zähne? Zeigen Sie Ihre Zähne gerne?

Ja  Nein  Neutral

Wenn nein, weil:

---

# Gesund beginnt im Mund Anamnese

---

## Sind Sie an ästhetischen Veränderungen interessiert?

- Ja, ich empfinde die Farbe meiner Zähne als unattraktiv und bin an einem Bleaching (Aufhellung der Zähne) interessiert
- Mich stört das Aussehen von Füllungen oder Zahnersatz in meinem Mund
- Die Stellung meiner Zahnreihen empfinde ich als nicht optimal
- Ich hätte gern ein gesünder aussehendes Zahnfleisch
- Meine Zahnlücken stören mich
- Sonstiges:

## Zahnersatz

Haben Sie Zahnersatz? J  N

Wenn ja, seit wann:

- Festsitzend
- Herausnehmbar

Haben Sie Implantate? J  N

Wenn ja, seit wann:

## Was könnte Ihrer Meinung nach hierbei verbessert werden?

- Optik
- Kaufunktion
- Sitz/Halt
- Hygienefähigkeit
- Biologische Verträglichkeit
- Sonstiges:

## Ist Ihnen aufgefallen, dass ...

- Ihr Zahnfleisch (häufiger) blutet
- Ihr Zahnfleisch zurückweicht bzw. Ihnen Ihre Zähne länger erscheinen als sonst
- Sie unter schlechtem Geschmack/Mundgeruch leiden
- Ihre Zähne gewandert sind oder gelockert erscheinen
- sich bei Ihnen schnell Zahnstein bildet
- sich Ihre Zähne schnell verfärben
- sich Ihre Mundschleimhäute häufig entzünden

## Die Mundhöhle steht in enger Beziehung zu Ihrer allgemeinen Gesundheit.

### Interessieren Sie sich für ...

- einen Gesundheitscheck im Hinblick auf mögliche Belastungen durch Zähne oder zahnmedizinische Materialien?
- einen Test über die Verträglichkeit zahnmedizinischer Materialien?
- eine naturheilkundliche Unterstützung bei Ihrer zahnärztlichen Therapie?

## Ist Ihnen in der letzter Zeit aufgefallen, dass ...

Sie mit Ihren Zähnen knirschen? J  N

Wenn ja, haben Sie eine Knirschschiene? J  N

Wenn ja, seit wann:

Ihre Kiefergelenke knacken? J  N

Sie Ohrgeräusche haben? J  N

Ihre Zähne nicht richtig aufeinander passen? J  N

Sie Verspannungen im Bereich von Gesichts- und Nackenmuskulatur haben? J  N

Sie häufiger unter Kopfschmerzen/Migräne leiden? J  N

Sind oder waren Sie in kieferorthopädischer Behandlung? J  N

Zeitraum:

Schnarchen Sie? J  N

## Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Persönliche Empfehlung von:

Überweisung durch:

- Internet
  - Telefonbuch
  - Gelbe Seiten
  - Sonstiges:
-

# Gesund beginnt im Mund Anamnese

---

## Unterschrift

Ich versichere hiermit die Richtigkeit meiner Angaben.

Unterschrift Patient/Erziehungsberechtigter

Ort/Datum:

# ZAHNARZTPRAXIS

## Stefan Langner



Hangstrasse 8 63856 Bessenbach Telefon: 06095-1353

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

wir freuen uns, dass Sie sich für den Weg der Biologischen Zahnmedizin entschieden haben. Für eine erste und unverbindliche Einschätzung Ihrer Situation inkl. vorläufiger Kostenberechnung benötigen wir von Ihnen folgende Dokumente:

- Digitales Panorama-Röntgenbild (OPG) (falls kein aktuelles vorhanden ist, fertigen wir für Sie ein neues an)
- Ihren Vitamin D3- (ng/ml) und Ihren LDL- (g/l)-Wert (vom Hausarzt ermitteln lassen)
- Unseren vollständig ausgefüllten Fragebogen (Gesund beginnt im Mund - siehe Folgeseiten)

Die Erstuntersuchung ist kostenpflichtig und beinhaltet eine klinische, röntgenologische und ganzheitliche Befundaufnahme (Digitale Volumetomographie (DVT), Meridian-Anamnese, Störfeld-Analyse und -Diagnose) und eine Besprechung der Ergebnisse. Auf dieser Basis erstellen wir einen detaillierten Diagnose- und Therapieplan incl. Kostenübersicht für Sie.

Um eine umfassende Planung und Diagnostik in Ihrem Sinne zu erstellen, benötigen wir eine sog. Digitale Volumetomographie (DVT), also eine dreidimensionale Röntgenaufnahme Ihrer Kiefer und Zähne. Die Kosten für dieses DVT belaufen sich auf ca. 260,00 Euro.

Entsprechend Ihrer individuellen Situation erfordert Ihre Beratung einen Zeitaufwand von fünfundvierzig Minuten bis zu einer Stunde. Die Kosten belaufen sich auf 250,00 Euro.

Hiermit bestätige ich, dass ich umfassend und ausführlich über die oben genannte Leistungen und den damit verbundenen Kostenaufwand aufgeklärt worden bin, und meinerseits sämtliche Fragen beantwortet wurden.

—

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

Falls Sie weitere Fragen haben, senden Sie bitte uns eine E-Mail an [info@zahnarztbessenbach.de](mailto:info@zahnarztbessenbach.de) oder rufen uns an unter +49 (0)6095-1353

Patienten – Name: \_\_\_\_\_

Zahnarztpraxis Stefan Langner Hangstr.8 63856 Bessenbach

### Patienteninformation nach Art. 13 DSGVO

Liebe Patienten,  
Liebe Patienteltern,

in unserer Praxis werden personenbezogene Daten verarbeitet. Verantwortlich für die Datenerhebung ist

Zahnarztpraxis Stefan Langner, Hangstraße 8, 63856 Bessenbach, Tel. 06095-1353

Bei Fragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

#### **1. Verarbeitete Daten**

Wir erheben, speichern und nutzen im Rahmen der zahnärztlichen Behandlung sie bzw. ihr Kind betreffende, personenbezogene Daten (Personalien, Versicherungsstatus etc.). Dabei handelt es sich zum Teil um Gesundheitsdaten (Befundunterlagen, Röntgenbilder, diagnostische und therapeutische Unterlagen etc.)

#### **2. Verarbeitungszwecke:**

Die Verarbeitung erfolgt für folgende Zwecke:

- Feststellung der Identität
- Erbringung zahnärztlicher/kieferorthopädischer Dienstleistungen
- Dokumentation der Behandlung
- Abwicklung des Zahlungsverkehrs: Abrechnung der Leistungen
- Erfüllung eigener gesetzlicher und vertraglicher Informations-, Mitteilungs-, Auskunfts-, Aufbewahrungs- und sonstiger Pflichten
- Abwehr von Haftungsansprüchen
- Durchsetzung von eigenen Vertragserfüllungsansprüchen
- Außergerichtliche und gerichtliche Forderungsbeitreibung für den Fall der Nichtzahlung durch den Patienten (auch über ABZR oder Dritte)

#### **3. Rechtsgrundlagen der Verarbeitung:**

Die Verarbeitung der Daten erfolgt auf Grundlage der folgenden Regelungen

- Art. 6 DSGVO
- Bundesmantelvertrag – Zahnärzte (BMVZ)
- Ersatzkassenvertrag Zahnärzte (EKV-Z)
- Sozialgesetzbuch
- Bürgerliches Gesetzbuch

#### **4. Empfänger personenbezogener Daten:**

Wir übermitteln Ihre Daten im Rahmen des Zulässigen und soweit erforderlich an:

- Kassenzahnärztliche Vereinigung (KZV)
- Zahnärztliche Abrechnungsgesellschaften (soweit eine gesonderte Einwilligung vorliegt)
- Anwälte, Gerichte, Behörden und/oder Vollstreckungsorgane (im Falle von Nichtzahlung von Behandlungshonoraren)
- Mit- oder Nachbehandelnde (Zahn-)Ärzte (wenn Sie uns beauftragen)
- Zahntechniker/Fremdlabore

#### **5. Aufbewahrung und Löschung**

Wir bewahren Ihre Daten für die Dauer der gesetzlichen oder untergesetzlichen Aufbewahrungsfristen auf. Im Anschluss löschen wir Ihre Daten, soweit nicht ein besonderes Interesse an der weiteren Aufbewahrung besteht.

#### **6. Ihre Rechte**

Ihnen stehen folgenden Rechte gegenüber unserer Praxis nach Art. 15-22 DSGVO zu:

- Recht auf Auskunft, Berichtigung, Löschung, Einschränkung der Verarbeitung und auf Datenübertragbarkeit.
- Widerspruchsrecht gegen Verarbeitung, die auf berechnete Interessen des Verantwortlichen oder eines Dritten gestützt werden (Art. 6 Abs. 1f DSGVO)
- Soweit die Verarbeitung auf Ihrer Einwilligung beruht, sind Sie berechtigt, die Einwilligung jederzeit zu widerrufen, ohne dass die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung berührt wird.
- Sie haben das Recht gemäß Art. 77 DSGVO das Recht, sich bei der Aufsichtsbehörde zu beschweren, wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung ihrer personenbezogenen Daten nicht regelmäßig erfolgt. Die Anschrift der für unser Unternehmen zuständigen Aufsichtsbehörde lautet:

#### **Datenschutz Bayern**

Dr. Thomas Petri, Postfach 22 12 19, 80502 München oder:

Wagmüllerstr. 18, 80538 München

Telefon: 089/212672-0

Telefax: 089/212672-50

E-Mail: [poststelle@datenschutz-bayern.de](mailto:poststelle@datenschutz-bayern.de)

#### **7. Verpflichtung zur Bereitstellung durch Sie als Betroffenen:**

Die Verarbeitung der genannten Daten ist für die Durchführung der Behandlung erforderlich. Im Rahmen einer vertragszahnärztlichen Behandlung sind Sie gesetzlich verpflichtet, die erforderlichen Informationen im Rahmen Ihrer Mitwirkungspflicht zu erteilen. Ohne die Verarbeitung, insbesondere von Gesundheitsdaten können wir den Behandlungsvertrag nicht durchführen und müssten eine (Fortführung der) Behandlung ablehnen. Soweit wir Daten zum Zwecke der Abrechnung unserer Leistungen verarbeiten, geschieht dies teilweise zur Verwaltungsvereinfachung in unserer Praxis. Wird eine Einwilligung in diese Datenverarbeitung nicht erteilt, können wir, soweit wir nicht zur Durchführung der Behandlung gleichwohl verpflichtet sind (z.B. Notfallbehandlung), die (Fortführung der) Behandlung von der Einwilligung abhängig machen.

#### **Einwilligung zur EU-Datenschutzgrundverordnung**

Unterschrift: \_\_\_\_\_

Name und Vorname Patient:

geb. am:

Telefon:

Adresse

Versicherungsstatus

## Einverständniserklärung

Ich erkläre mich einverstanden mit der

- Abtretung der sich aus der Behandlung ergebenden Forderungen durch meine/n Zahnärztin/Zahnarzt an die mediserv Bank GmbH (nachfolgend: mediserv);
- Weitergabe der zum Zwecke der Abrechnung und Geltendmachung der Forderungen jeweils erforderlichen Informationen, insbesondere Daten aus der Patientenakte (Name, Geburtsdatum, Anschrift, Behandlungsdaten, Leistungsziffern, Beträge, Befunde, Diagnosen) durch meine/n Zahnärztin/Zahnarzt an mediserv und der dortigen Datenverarbeitung und entbinde meine/n Zahnärztin/Zahnarzt insoweit von ihrer/seiner ärztlichen Schweigepflicht;
- möglichen Übermittlung personenbezogener Daten (Name, Geburtsdatum, Anschrift) durch mediserv an Auskunfteien (infoscore Consumer Data GmbH, Rheinstr. 99, 76532 Baden-Baden sowie die WID Wirtschafts-Informations-Dienst GmbH, Schwägerichenstr. 3, 04107 Leipzig u. a.) zwecks Einholung von Informationen zur Einschätzung meiner Zahlungsfähigkeit sowie zum Zwecke der Ansrchiftenermittlung und entbinde die Mitarbeiter der mediserv insoweit von der Schweigepflicht.

Ich wurde darüber aufgeklärt, dass mediserv die Leistungen meiner Zahnärztin/meines Zahnarztes mir gegenüber im eigenen Namen in Rechnung stellen und für eigene Rechnung einziehen wird.

Sollte es über die Berechtigung der Forderung unterschiedliche Auffassungen geben, kann die Zahnärztin/der Zahnarzt in einer etwaigen Auseinandersetzung als Zeugin/Zeuge gehört werden. Ich entbinde meine/n Zahnärztin/Zahnarzt sowie die Mitarbeiter der mediserv gegenüber den Beteiligten eines ggf. durchzuführenden Mahn- oder Streitverfahrens von der Schweigepflicht.

Ich bin darüber informiert, dass meine Behandlung nicht von der Zustimmung zur vorbeschriebenen Verfahrensweise abhängt. Meine Zustimmung erfolgt freiwillig und gilt auch für zukünftige Behandlungen; ich kann diese jederzeit mit sofortiger Wirkung für die Zukunft widerrufen. Die Rechtmäßigkeit der auf Grundlage meiner Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Datenverarbeitung bleibt hiervon unberührt.

Wird die Erklärung als Sorgeberechtigte/r eines Minderjährigen abgegeben, so versichere ich, dass auch der/die weitere Sorgeberechtigte mit den vorangehenden Regelungen einverstanden ist.

Ein Exemplar dieser Einverständniserklärung habe ich erhalten.

Ort, Datum

Unterschrift Patient bzw. gesetzlicher Vertreter

Gesetzlicher Vertreter:

Name, Vorname

Geburtsdatum

Adresse (falls abweichend)

Praxisstempel

## Liebe Patientin, lieber Patient,

um mehr Zeit für Ihre Behandlung und Betreuung zu haben, halten wir unseren Verwaltungsaufwand möglichst gering. Daher übertragen wir die Abrechnung an unseren Partner: **mediserv Bank GmbH** (nachfolgend: mediserv), 66094 Saarbrücken.

Für alle Fragen zur Abrechnung erreichen Sie bei mediserv kompetente Ansprechpartner:

Tel.: 06 81 / 4 00 07 89

E-Mail: [service@arztrechnung.de](mailto:service@arztrechnung.de)

Fax: 06 81 / 4 0 00 76

Internet: [www.arztrechnung.de](http://www.arztrechnung.de)

Die Mitarbeiter der mediserv unterliegen gemäß § 203 StGB der Schweigepflicht. mediserv verarbeitet Patientendaten mit höchster Sorgfalt und absoluter Vertraulichkeit gemäß den Bestimmungen der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO).

Für das Verfahren benötigen wir Ihr schriftliches Einverständnis. Wir bitten Sie deshalb um Ihre Zustimmung durch Unterzeichnung umseitiger Erklärung.

Vielen Dank für Ihr Vertrauen,  
Ihre Praxis / Klinik

## Informationen zum Datenschutz nach Art. 13 sowie 14 DSGVO

Die mediserv Bank GmbH (nachfolgend: mediserv) verarbeitet personenbezogene Daten im Einklang mit den Bestimmungen der DSGVO sowie des BDSG.

### 1. Name und Kontaktdaten der verantwortlichen Stelle sowie des betrieblichen Datenschutzbeauftragten

Verantwortliche Stelle: mediserv Bank GmbH, 66094 Saarbrücken, Geschäftsführer: Björn Clüsserath und Hendrik Hamm.

Der betriebliche Datenschutzbeauftragte der mediserv ist unter o. g. Anschrift – Abteilung Datenschutz – oder per E-Mail unter [datenschutz@mediserv.de](mailto:datenschutz@mediserv.de) erreichbar. Eine unverschlüsselte Kommunikation per E-Mail kann Sicherheitslücken aufweisen und ein lückenloser Schutz vor Zugriffen Dritter ist nicht möglich.

### 2. Zwecke der Datenverarbeitung durch mediserv

mediserv verarbeitet personenbezogene Daten zum Zwecke der Abrechnung und Geltendmachung von Forderungen aus Heilbehandlung.

### 3. Rechtsgrundlagen der Datenverarbeitung

mediserv verarbeitet personenbezogene Daten auf Grundlage der Bestimmungen der DSGVO. Die Verarbeitung erfolgt auf Basis von Art. 6 Abs. 1 lit a (Einwilligung) sowie ergänzend Art. 6 Abs. 1 lit c (notwendig zur Erfüllung einer rechtlichen Verpflichtung) der DSGVO. Einwilligungen, einschließlich solcher Einwilligungen, die bereits vor Inkrafttreten der DSGVO erteilt wurden, können jederzeit gegenüber mediserv widerrufen werden. Der Widerruf Ihrer Einwilligung berührt nicht die Rechtmäßigkeit der bis zum Widerruf verarbeiteten personenbezogenen Daten.

### 4. Herkunft der Daten

mediserv verarbeitet Daten, so wie diese durch den zur Übermittlung von Daten ermächtigten Heilberufsangehörigen mitgeteilt werden; daneben können durch mediserv zwecks Bonitätsprüfung Daten von Auskunftsteilen herangezogen werden.

### 5. Kategorien personenbezogener Daten, die verarbeitet werden

Name, Vorname, Anschrift, Geburtsdatum, Behandlungsdaten, Befunde, Diagnosen, Leistungsziffern und Beträge und durch Auskunftsteile mitgeteilte Informationen zu vorangegangenen vertragswidrigen Zahlungsverhalten (Informationen über unbestrittene, fällige und mehrfach an-

geforderte oder titulierte Forderungen sowie deren Erledigung, Informationen aus öffentlichen Verzeichnissen und amtlichen Bekanntmachungen)

### 6. Kategorien von Empfängern der personenbezogenen Daten

Auskunftteilen ausschließlich zum Zwecke der Bonitätsprüfung sowie zur Anschriftenermittlung; staatliche Stellen sowie mit staatlichen Aufgaben und öffentlich-rechtlichen Befugnissen ausgestattete privatrechtliche Stellen, soweit dies durch zwingend zu beachtende gesetzliche oder verwaltungsrechtliche Vorschriften oder durch staatliche Anordnung vorgegeben ist.

### 7. Dauer der Datenspeicherung

mediserv speichert personenbezogene Daten nur für einen bestimmten Zeitraum. Maßgebliches Kriterium für die Festlegung dieses Zeitraums ist die Erforderlichkeit der Datenspeicherung zur Erreichung des vereinbarten Zwecks. Dabei werden handels- und steuerrechtliche sowie bankaufsichtsrechtliche Aufbewahrungsfristen in die Beurteilung der Zweckerreichung einbezogen. Danach kann die Speicherdauer zu bestimmten Daten bis zu zehn Jahre nach Beendigung der Geschäftsbeziehung betragen.

### 8. Betroffenenrechte

Jede betroffene Person hat gegenüber mediserv das Recht auf Auskunft nach Art. 15 DSGVO, das Recht auf Berichtigung nach Art. 16 DSGVO, das Recht auf Löschung nach Art. 17 DSGVO und das Recht auf Einschränkung der Verarbeitung nach Art. 18 DSGVO. Darüber hinaus besteht die Möglichkeit, sich an die für mediserv zuständige Aufsichtsbehörde, das Unabhängige Datenschutzzentrum Saarland, zu wenden. Nach Art. 21 Abs. 1 DSGVO kann der Datenverarbeitung aus Gründen, die sich aus der besonderen Situation der betroffenen Person ergeben, gegenüber mediserv widersprochen werden. Einwilligungen können jederzeit gegenüber mediserv widerrufen werden. Wollen Sie Ihr Recht auf unentgeltliche Auskunft nach Art. 15 DSGVO über die bezüglich Ihrer Person gespeicherten Daten, deren Herkunft und Empfänger oder Kategorien von Empfängern sowie den Zweck der Speicherung geltend machen, so teilen Sie uns bitte Name, Vorname(n), Geburtsdatum sowie aktuelle Anschrift mit, damit wir eine eindeutige Identifizierung Ihrer Person vornehmen können. Die Auskunft werden wir Ihnen sodann schriftlich erteilen.