

Herzlich willkommen in unserer Praxis!

Bevor wir uns in Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben Personalien auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine adäquate Behandlung.

PATIENT	
Name	Vorname
Strasse	PLZ, Ort
Telefon priv.	Telefon gesch.
Telefon mobil	E-Mail
Geburtstag	Geburtsort
Beruf	Arbeitgeber

VERSICHERTER (SO FERN SIE Z.B. BEI IHREM EHEPARTNER MITVERSICHERT SIND)	
Name	Vorname
Strasse	PLZ, Ort
Telefon priv.	Telefon gesch.
Telefon mobil	E-Mail
Geburtstag	Geburtsort

VERSICHERUNG	Name	Basistarif <input type="checkbox"/>	privat <input type="checkbox"/>	gesetzlich <input type="checkbox"/>
WIE WURDEN SIE AUF UNS AUFMERKSAM?	Empfehlung <input type="checkbox"/> von			
	Überweisung <input type="checkbox"/> von	Internet <input type="checkbox"/>		
WIE HOCH IST IHR ANGSTGRAD?	keine Angst <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10	nichts Schlimmeres vorstellbar		

### WICHTIGER HINWEIS:

TEILEN SIE UNS BITTE ÄNDERUNGEN IHRER PERSÖNLICHEN DATEN UND IHRES GESUNDHEITZUSTANDES UNAUFGEFORDERT VOR DER NÄCHSTEN BEHANDLUNG MIT.

Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dem Datenschutz. Ihre Daten werden in unserer praxisinternen Datenverarbeitung gespeichert und an Außenstehende nicht ohne Ihre Erlaubnis weitergeben. Sie können Ihre Termine bis spätestens 24 Stunden vor dem vereinbarten Zeitpunkt unentgeltlich, telefonisch absagen. Das danach entstehende Ausfallhonorar, zurzeit 50,00 Euro für jede vereinbarte viertel Stunde entfällt, wenn das Nichterscheinen nachweislich unverschuldet ist. Streichungen und/oder Änderungen sind nicht zulässig und gelten als unbeachtlich.

Berlin, den

Unterschrift

Liebe Patientin, lieber Patient, im Rahmen der zahnärztlichen Behandlung ist es wichtig über Ihren Gesundheitszustand bestmöglich informiert zu sein. Viele Beschwerden, wie Kopfschmerzen oder Muskelverspannungen haben ihre Ursache in einer gestörten Funktion des Kauorgans. Eine gründliche zahnärztliche Untersuchung beinhaltet die Ursachenfindung dieser Beschwerden. Wir bitten Sie daher nachfolgende Fragen sorgfältig zu beantworten.

IHRE GESUNDHEIT	
Haben Sie manchmal Beschwerden, wenn Sie kauen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Kauen Sie regelmäßig Kaugummi?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Ist ein Zahn besonders empfindlich?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Stört ein Zahn beim Schließen, Kauen oder Schlucken?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Müssen Sie einen Platz suchen, um die Zähne richtig zu schließen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Knirschen Sie mit den Zähnen oder haben Sie verspannte Kaumuskeln?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Schmerzt es bei weiter Mundöffnung, großem Biss oder beim Gähnen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Machen Ihre Kiefergelenke Geräusche? <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Haben Sie manchmal Schmerzen im Ohrenbereich? <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Haben Sie manchmal das Gefühl von Trockenheit und/oder Brennen im Mund?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Leiden Sie unter <input type="checkbox"/> Schmerzen und/oder <input type="checkbox"/> Verspannungen?	Im Bereich: <input type="checkbox"/> Kopf <input type="checkbox"/> Nacken <input type="checkbox"/> Rücken <input type="checkbox"/> Schulter
ANMERKUNGEN	
OKKLUSALINDEX	
Hatten Sie im Kopf- oder Halsbereich einen Unfall?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wurde operiert? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Haben Sie Beschwerden, die Ihr/e Wohlbefinden/Schaffenskraft beeinflussen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Behandlung notwendig
Haben Sie jemals eine ungewöhnliche Reaktion auf Spritzen bemerkt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Sind oder waren Sie in kieferorthopädischer Behandlung?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Sind Sie in ärztlicher Behandlung?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Haben Sie akute Probleme?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wünschen Sie eine spezielle Beratung?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> 2. Meinung
Blutet Ihr Zahnfleisch?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> manchmal
Leiden Sie unter Mundgeruch?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> manchmal
In welchem Jahr	a) war Ihr letzter Zahnarztbesuch? b) wurden Sie zuletzt geröntgt?
Wie häufig rauchen Sie?	<input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> unter 10 Zigaretten am Tag <input type="checkbox"/> über 10 Zigaretten am Tag
Welche Medikamente nehmen Sie ein? (Bitte geben Sie auch Schlaf-, Schmerz-, Beruhigungs- und Abführmittel, sowie die Pille an.)	
Leiden oder litten Sie an Erkrankungen folgender Bereiche? <input type="checkbox"/> Lunge <input type="checkbox"/> Leber <input type="checkbox"/> Nieren <input type="checkbox"/> Blut <input type="checkbox"/> Nerven <input type="checkbox"/> Gemüt	
<input type="checkbox"/> Augen <input type="checkbox"/> Galle <input type="checkbox"/> Herz <input type="checkbox"/> Gefäße <input type="checkbox"/> Schilddrüse <input type="checkbox"/> Stoffwechsel <input type="checkbox"/> Epilepsie <input type="checkbox"/> Skelett <input type="checkbox"/> Infektionen	
Bemerkungen	
Unter welchen Allergien leiden Sie?	
Weibliche Patienten: <input type="checkbox"/> Ich bin schwanger <input type="checkbox"/> Ich stille <input type="checkbox"/> Ich bin in der Menopause	

IHR HAUSARZT	
Name	Telefon
Straße	Ort
E-Mail	Bemerkung

IHR BEHANDLUNGSWUNSCH
<p>Sollte eine Behandlung notwendig werden, vereinbaren wir ein Beratungsgespräch mit Ihnen, in dem die möglichen Versorgungsvarianten mit Ihnen besprochen werden. Anschließend entscheiden Sie über die gewünschte Versorgung.</p> <p>Bitte bringen Sie die folgenden Eigenschaften für Ihre Zahnversorgung in eine Reihenfolge von 1 bis 5. Die Eigenschaft, die Sie mit der Zahl 1 bewerten, ist Ihnen dabei am wichtigsten.</p> <p> <input type="checkbox"/> Funktion             <input type="checkbox"/> Ästhetik             <input type="checkbox"/> Langlebigkeit             <input type="checkbox"/> Naturheilkundliche Aspekte             <input type="checkbox"/> Geringer Eigenanteil/Zuzahlung         </p>

AUFKLAERUNG UEBER DIE ZAHNAERZTLICHE LOKALANAESTHESIE	
<p><b>Was ist eine Leitungsanästhesie?</b></p> <p>Unsere Praxis legt großen Wert darauf, Sie schmerzfrei zu behandeln. Obwohl die Leitungsanästhesie ein sicheres Verfahren zur Schmerzausschaltung ist, sind Nebenwirkungen und Unverträglichkeiten möglich. Bei der Leitungsanästhesie wird ein Betäubungsmittel in die Nähe des Nervs, in Höhe seiner Eintrittsstelle in den Kiefer, injiziert. Dadurch wird nicht nur der entsprechende Zahn schmerzempfindlich, sondern auch das nachfolgende Versorgungsgebiet des Nervs entlang seines Verlaufs.</p> <p>Durch das Betäubungsmittel werden die Nervenfasern vorübergehend gehemmt, Informationen wie Schmerz oder Berührungsempfindungen zum zentralen Nervensystem zu übermitteln. Nach einiger Zeit baut der Körper das Lokal-anästhetikum ab und der Nerv reagiert wieder auf Reize.</p> <p><b>Mögliche Nebenwirkungen</b></p> <p><b>Häufig</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Wiederholung erforderlich aufgrund von nicht ausreichender Wirkung</li> <li>- Schwellung des betäubten Bereiches, der Zunge oder im Hals, dadurch verursachter Schluckreiz</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Einschränkungen beim Sprechen, Lachen, Schlucken, Spucken und Spülen, Hängen der Lippe, Wange, etc.</li> </ul> <p><b>Manchmal</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Blitzartiger Schmerz durch die Berührung eines Nervs</li> <li>- Schmerzen oder Bluterguss mit Schwellung an der Einstichstelle</li> <li>- Bewegungseinschränkungen</li> <li>- Vorübergehendes Atemnotgefühl</li> <li>- Betäubung benachbarter Bereiche wie Nase, Auge oder Ohr</li> <li>- Unabsichtliche Selbstverletzung durch Beißen auf betäubte Bereiche</li> </ul> <p><b>Selten</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Entzündung der Einstichstelle</li> <li>- Kreislaufprobleme, Bewusstlosigkeit</li> <li>- Vorübergehende Schwellung des unteren Augenlids oder Sehstörungen</li> <li>- Allergische Reaktion auf verwendete Wirkstoffe</li> <li>- Anhaltende Gefühllosigkeit im Versorgungsgebiet des betäubten Nerven</li> </ul> <p><b>Sehr selten</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dauerhafte Gefühllosigkeit im Versorgungsgebiet des betäubten Nerven, hängende Lippe oder Wange unter 1%</li> </ul>

Die Aufklärung über die zahnärztliche Lokalanästhesie habe ich verstanden. Meine diesbezüglichen Fragen wurden zu meiner Zufriedenheit beantwortet. Den Anmeldebogen habe ich wahrheitsgemäß und vollständig ausgefüllt. Änderungen teile ich unaufgefordert vor der jeweils nächsten Behandlung mit.

Berlin, den

Unterschrift

## 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 00 07 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 Eduard Laub.

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

### 6. Kategorien von Empfängern der personenbezogenen Daten

Auskunftsteile ausschließlich zum Zwecke der Bonitätsprüfung; 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.

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) 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 Auskunftsteil (infoscore Consumer Data GmbH, Rheinstr. 99, 76532 Baden-Baden sowie die WID Wirtschafts-Informationen-Dienst GmbH, Schwägerichenstr. 3, 04107 Leipzig u. a.) zwecks Einholung von Informationen zur Einschätzung meiner Zahlungsfähigkeit und entbinde die Mitarbeiter der mediserv insoweit von der Schweigepflicht;
- sicherungsweisen Weiterabtretung der Forderungen durch mediserv einschließlich Weitergabe der zum Zweck der Abrechnung und Geltendmachung an mediserv durch meine/n Zahnärztin/Zahnarzt übermittelten personenbezogenen Daten an die Bank 1 Saar, Saarbrücken, 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

Praxisstempel

Gesetzlicher Vertreter:

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Adresse (falls abweichend)

**Datenschutzrechtliche  
Einwilligungserklärung**  
für die Verarbeitung  
personenbezogener Patientendaten  
gemäß Art. 6, 7 Abs. 1 lit. a DSGVO

Zahnarztpraxis Carl Bernhardt  
Landshuter Str. 10  
10779 Berlin  
(030) 214 14 14  
www.mundgesund.de

**Patient/in:**

---

Name, Vorname, Geburtsdatum

---

Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort

Ich stimme hiermit der Speicherung und Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten (z.B. Name, Geschlecht, Geburtsdatum, Versicherungsstatus, Zahnstatus, Art und Umfang der geplanten zahntechnischen Arbeit, Abdrücke Ihrer Zähne und der Kiefer, Modelle, Zahnfarbe) für folgende Zwecke

- Zahnärztliche Behandlung und deren Abrechnung
- Gesetzliche Aufbewahrungspflicht von Behandlungsunterlagen und Röntgenbildern
- Erinnerungsservice für den jährlichen Zahnarztbesuch
- Herstellung von Zahnersatz durch externe Dentallabore und Fräszentren verbunden mit der Speicherung und Verarbeitung Ihrer Daten durch diese
- Weitergabe von Röntgenbildern an eine/n weiterbehandelnde/n Zahnärztin/Zahnarzt verbunden mit der Entbindung von der Schweigepflicht zur Erteilung von Auskünften über die betreffende Behandlung

durch die Praxis zu.

Meine Einwilligung erfolgt freiwillig und kann jederzeit schriftlich oder durch E-Mail an die Praxis widerrufen werden (Art. 7 Abs. 3 DSGVO).

Mir ist bekannt, dass mein jederzeit möglicher Widerruf der Einwilligung die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt (Art. 7 Abs. 3 Satz 2 DSGVO).

Berlin, den \_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient/in