

Dr. med. dent. Stefan Lorenz

Tal 14

80331 München

Tel.: 089 / 23 23 27 66

Fax: 089 / 23 23 27 67

info@endodontie-marienplatz.de

www.endodontie-marienplatz.de

## PATIENTEN - FRAGENBOGEN

- Bitte vollständig ausfüllen -

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

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer

\_\_\_\_\_  
Postleitzahl, Ort

\_\_\_\_\_  
Telefon (privat / mobil)

\_\_\_\_\_  
Telefon (geschäftlich)

\_\_\_\_\_  
E-Mail

\_\_\_\_\_  
Beruf

\_\_\_\_\_  
Name der Krankenkasse / Versicherung

- Gesetzlich versichert
- Privat versichert - nicht im Basistarif
- Privat versichert - im Basistarif
- Beihilfeberechtigt
- Zusatzversicherung

\_\_\_\_\_  
Überweisender Arzt - Name, Adresse, Telefon

\_\_\_\_\_  
Hausarzt - Name, Adresse, Telefon

Sind Patient und Zahlungspflichtiger nicht identisch, bitte die folgenden Angaben ergänzen:

\_\_\_\_\_  
Nachname, Vorname (Zahlungspflichtiger)

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer

\_\_\_\_\_  
Postleitzahl, Ort

### Einverständniserklärung bei der Behandlung Minderjähriger

Hat der Patient das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet, ist für eine Behandlung (außer akuter Schmerzbehandlung) die Einverständniserklärung des Erziehungsberechtigten notwendig:

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Erziehungsberechtigter

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand so genau wie möglich:

Herz-Kreislauf-Erkrankungen:  Ja  Nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Allergien / Unverträglichkeiten:  Ja  Nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Infektionserkrankungen:

HIV  Ja  Nein

Hepatitis  Ja  Nein

Tuberkulose  Ja  Nein

Andere \_\_\_\_\_

Weitere Erkrankungen:

Blutgerinnungsstörungen  Ja  Nein

Asthma  Ja  Nein

Epilepsie  Ja  Nein

Diabetes  Ja  Nein

Nierenfunktionsstörungen  Ja  Nein

Andere \_\_\_\_\_

Allgemeine Angaben:

Regelmäßige Medikamente  Ja  Nein

Welche? \_\_\_\_\_

Raucher  Ja  Nein

Wieviele? \_\_\_\_\_

Drogenkonsum  Ja  Nein

Welche? \_\_\_\_\_

Frühere Röntgenuntersuchung  
im Mund-Kiefer-Gesichtsbereich  Ja  Nein

Wenn ja, Datum? \_\_\_\_\_

Schwangerschaft  Ja  Nein

Wenn ja, welcher Monat: \_\_\_\_\_

Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam? \_\_\_\_\_

### Wichtige Informationen:

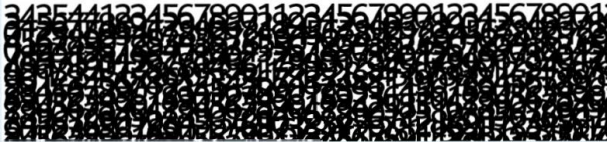
Alle Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden daher streng vertraulich behandelt. Der Speicherung meiner persönlichen Daten stimme ich zu. Ich verpflichte mich, Sie umgehend über alle während des Behandlungszeitraumes auftretenden Änderungen zu informieren. Ich verpflichte mich, vereinbarte Termine einzuhalten oder mindestens zwei Tage im Voraus abzusagen, andernfalls können daraus entstehende Kosten in Rechnung gestellt werden. Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die abgedruckten Informationen gelesen und verstanden habe.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient (Zahlungspflichtiger/Erziehungsberechtigter)

Name, Vorname, Anschrift Patient(in)\*\*

geboren am\*\*



\*\*Bitte diese Felder unbedingt ausfüllen

Liebe Patientin, lieber Patient,

wir möchten uns voll und ganz auf Sie und Ihre Behandlung konzentrieren. Deshalb haben wir uns dafür entschieden, die Abrechnung einem kompetenten Partner zu übertragen:



BFS health finance GmbH  
Hülshof 24 · 44369 Dortmund  
Telefon 0231-94 53 62-600  
Fax 0231-94 53 62-688  
patientenservice@meinebfs.de

BFS gewährleistet die zügige, unkomplizierte und korrekte Bearbeitung Ihrer Rechnung. Sie ist zugleich Ihr freundlicher und kompetenter Ansprechpartner in allen Belangen der Rechnung und bietet Ihnen auf Wunsch auch Teilzahlungsmöglichkeiten.

Um die Abrechnung in Zusammenarbeit mit BFS zu ermöglichen, benötigen wir Ihr schriftliches Einverständnis. Daher bitten wir Sie um Ihre Zustimmung durch Unterzeichnung der nebenstehenden Erklärungen. Bitte beachten Sie für weitere Informationen zum Datenschutz unser Informationsblatt.

Weitergehende Informationen zum Thema Datenschutz bei BFS und zu Ihren Rechten erfahren Sie unter: <https://meinebfs.de/datenschutz/>

*Wir bedanken uns für Ihr Vertrauen.*

\* Streichungen und/oder Änderungen der vorstehenden Erklärungen sind nicht zulässig und machen die Einverständniserklärung unwirksam.



Dienstleister  
mit geprüftem  
Datenschutz-  
management

www.tuv.com  
ID 900046654

## Einverständniserklärung\*

Gesetzliche(r) Vertreter(in) bei Minderjährigen/  
Geschäftsunfähigen/beschränkt Geschäftsfähigen

Vorname

Nachname

Geburtsdatum

Straße

Nr.

PLZ/Ort

Behandler (Praxisstempel/Klinikstempel)

Ich erkläre mich ausdrücklich einverstanden mit der

- möglichen Anfrage durch den Behandler bei BFS bezüglich der Abrechnung über BFS, auch vor Aufnahme der Behandlung,
- Einholung einer Bonitätsinformation bei einer Auskunftfei durch BFS (unter Angabe von Name, Geburtsdatum und Anschrift des Patienten/Zahlungspflichtigen), soweit erforderlich,
- Abtretung der sich aus der Behandlung ergebenden Forderungen an BFS,
- Weiterabtretung der Forderungen durch BFS an die refinanzierende Bank (Landesbank Hessen-Thüringen Girozentrale),
- Übermittlung der für die Abrechnung und Geldentmachung der Forderungen erforderlichen Informationen (u.a. Name, Geburtsdatum, Anschrift, Diagnose, Leistungsziffern, Behandlungsdaten und -verläufe) an BFS und ggf. an die refinanzierende Bank,
- befristeten Nutzung meiner Daten durch BFS zur Prüfung des Entwicklungssystems und Optimierung interner Abläufe bei der Abrechnung; mit anschließender Löschung der Daten.

Ich wurde darüber informiert, dass BFS die Leistungen meines Behandlers mir gegenüber abrechnen und den Rechnungsbetrag bei mir geltend machen wird.

Sollte es über die Berechtigung der Forderung unterschiedliche Auffassungen geben, kann der Behandler in einer etwaigen Auseinandersetzung als Zeuge gehört werden.

Nach Abschluss des Verfahrens werden die Daten gelöscht. Es gelten die gesetzlichen Aufbewahrungsfristen.

**Beide Elternteile sind sorgeberechtigt und nur ein Elternteil ist anwesend.**

Ich erkläre hiermit, in meiner Eigenschaft als gesetzlicher Vertreter, zur alleinigen Einwilligungserteilung der Übermittlung der für die Abrechnung erforderlichen Informationen meines Kindes von dem abwesenden sorgeberechtigten Elternteil berechtigt zu sein.

**Bitte durch Ankreuzen bestätigen.**

### Schweigepflichtsentbindung

Ich entbinde meinen Behandler, seine Vertretung und BFS in dem aufgezeigten Rahmen jeweils von ihrer Schweigepflicht.

Vorstehende Erklärungen können mit Wirkung für die Zukunft schriftlich widerrufen werden.

Datum

Unterschrift Patient bzw. gesetzlicher Vertreter