



Sind Sie schwanger ?
(Patientinnen)

ja nein

Wenn ja, in welcher Woche?

Rauchen Sie?

ja nein

Beschwerden Zahn/ Mund

akute Schmerzen

ja nein

Mundgeruch

ja nein

Dauerschmerz

ja nein

Temperaturempfindlichkeit

ja nein

Entzündungen

ja nein

Kiefergelenkschmerzen

ja nein

Zahnfleischbluten

ja nein

Knirschen Sie mit den Zähnen?

ja nein

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift Patient bzw. gesetzlicher Vertreter

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

Wir arbeiten mit einer Abrechnungsgesellschaft zusammen, um den bürokratischen Aufwand für unsere Patienten und die Praxis so gering wie möglich zu halten und bitten Sie zu diesem Zweck um Ihre Einwilligungserklärung für die:

- Weitergabe der zum Zwecke der Abrechnung und Geltendmachung jeweils erforderlichen Informationen, insbesondere der Daten aus der Patientenakte (Name, Geburtsdatum, Anschrift, Behandlungsdaten, Leistungsziffern, Beträge, Befunde) an die mediserv GmbH;
- Abtretung der sich aus der Behandlung ergebenden Forderungen an die mediserv GmbH;
- sicherungsweise Weiterabtretung der Forderungen durch die mediserv GmbH einschließlich Weitergabe der zum Zwecke der Abrechnung und Geltendmachung durch meinen Zahnarzt übermittelten Daten an die Bank 1 Saar, Saarbrücken.

Ich wurde darüber aufgeklärt, dass die mediserv GmbH die Leistungen meines Zahnarztes mir gegenüber in eigenem Namen in Rechnung stellen wird.

Ich entbinde meinen Zahnarzt gegenüber der mediserv GmbH von seiner ärztlichen Schweigepflicht, soweit dies für die Abrechnung und Geltendmachung der Forderungen erforderlich ist.

Die Zustimmung gilt auch für künftige Behandlungen; ich kann diese jederzeit mit sofortiger Wirkung für die Zukunft widerrufen.

Ich bin damit einverstanden, dass die Praxis Dr. Seiss sich zur Verarbeitung meiner elektronischen Daten teilweise externer Dienstleister (Rechenzentren, Softwarehäuser und -spezialisten etc.) bedient, um einen ordnungsgemäßen Betrieb der informationstechnischen Systeme zu gewährleisten.

Ich bin ebenfalls damit einverstanden, dass anonymisierte Daten zum Zwecke wissenschaftlicher Untersuchungen und Veröffentlichungen verwendet werden dürfen.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift Patient bzw. gesetzlicher Vertreter