



Anmelde-Bogen (KFO)

Persönliche Daten

Patient:

Nachname:

Vorname:

Geb.-Dat.: (tt.mm.jjjj)

Straße:

PLZ:

Ort:

Tel. privat:

Handy-Nr.:

E-Mail-Adresse:

> Krankenkasse / Versicherung:

bei Kassenpatienten: Besteht eine private Zusatzversicherung für Kieferorthopädie?

Ja

Nein

bei Privatpatienten: Zuschuss Versicherung %:

Beihilfe:

Ja

Nein

Versicherter:

Nachname:

Vorname:

Geb.-Dat.: (tt.mm.jjjj)

Straße: (falls nicht wie oben)

PLZ:

Ort:

Handy-Nr.:

E-Mail-Adresse:

Beruf:

Arbeitgeber:

Tel. dienstl.:

Gesetzlicher Vertreter (falls andere/r als Versicherte/r):

Nachname:

Vorname:

Geb.-Dat.: (tt.mm.jjjj)

Rechnungsadresse, falls nicht wie oben:

Straße:

PLZ:

Ort:

Handy-Nr.:

E-Mail-Adresse:

Wer ist Ihr Zahnarzt?

Zur KFO-Behandlung überwiesen durch:

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

Freunde/Bekannte

Familie

Empfehlung v. Zahnarzt

Internet



Google

Instagram

Sonstiges

Zahnärztliche Anamnese

War der Patient schon einmal bei einem anderen Kieferorthopäden?

Ja

Nein

Wenn ja, wann?

wo?

Bietet Ihr Zahnarzt Individualprophylaxe und professionelle Zahnreinigung an?

Ja

Nein

Wurden oder werden Geschwister kieferorthopädisch behandelt?

Ja

Nein

Medizinische Anamnese

Ist der Patient zurzeit in ärztlicher Behandlung?

Ja

Nein

Wenn ja, weshalb?

wo?

Werden regelmäßig Medikamente eingenommen?

Ja

Nein

Wenn ja, welche?

Bestehen irgendwelche Krankheiten beim Patienten?

Ja

Nein

Diabetes

Tuberkulose

Asthma

Herzprobleme

HIV

Hepatitis (Gelbsucht)

Epilepsie

Blutungsneigung

Sonstige:

Hat der Patient Allergien?

Ja

Nein

Wenn ja, welche?

Gewohnheiten

Schnuller

Nägelkauen

Daumenlutschen

Mundatmung

Besteht oder bestand ein Sprachfehler?

Ja

Nein

Wird oder wurde der Sprachfehler logopädisch behandelt?

Ja

Nein

Gemäß Röntgenverordnung bitte folgende Fragen beantworten

Wurde der Patient innerhalb der letzten 12 Monate geröntgt? Ja Nein

Wenn ja, welcher Körperteil?

Wenn ja, bei welchem Arzt, Zahnarzt, Krankenhaus?

Besteht zurzeit eine Schwangerschaft? Ja Nein

Ich bin damit einverstanden, dass bei meinem Kind, falls erforderlich, Röntgenbilder auch ohne meine Anwesenheit angefertigt werden können. Ja Nein

Ich bin damit einverstanden, dass die Abrechnung über ein Freies Rechenzentrum vorgenommen wird und meine Daten ausschließlich zur Abrechnung an das Rechenzentrum weitergegeben werden.

Ich bin mit einem Terminerinnerungsservice per E-Mail einverstanden. Ja Nein

E-Mail-Adresse für Erinnerung:

Die Datenschutz-Informationen habe ich gelesen und stimme diesen zu. Ja Nein

Spätere Änderungen meiner Angaben auf diesem Anamnesebogen werde ich umgehend der Praxis mitteilen.

Für die Richtigkeit der Angaben: **Zum Unterschreiben dieses Bogens gehen Sie bitte an die Rezeption.**

Datum, Ort

Unterschrift Patient bzw. Erziehungsberechtigter

Gegenzeichnung der Helferin

Name, Vorname, Anschrift d. Patient*in:

Geboren am:

Angaben d. Rechnungsempfänger*in¹

Name, Vorname, Anschrift d. gesetzlichen Vertreter*in/Rechnungsempfänger*in:

Geboren am:

¹ Eltern / Vormund / Betreuer*in bei Patient*innen unter 18 Jahren / Geschäftsunfähigen / beschränkt Geschäftsfähigen.

Einwilligungserklärung

Der/die Patient*in, ggf. der/die gesetzliche Vertreter*in mit Alleinvertretungsmacht, erklärt:
Ich bin einverstanden

- mit der Übermittlung der zum Zwecke der Abrechnung und Geltendmachung von Forderungen aus der Behandlung erforderlichen Informationen, einschließlich Gesundheitsdaten (Name, Anschrift, Geburtsdatum, Befunde, Maßnahmen und Ergebnisse, Behandlungsverläufe), an die Health Coevo AG, Lübeckertordamm 1–3, 20099 Hamburg, kurz Health AG, und der zu diesem Zweck dort erfolgten Verarbeitung,
- mit der Rechnungsstellung durch die Health AG in eigenem Namen und auf eigene Rechnung sowie der Abtretung der Forderung(en) an die Health AG und entbinde insoweit meine Behandelnden und ihre berufsmäßig tätigen Gehilf*innen (vgl. Stempel) sowie die Health AG von der Schweigepflicht, sofern dies für die Geltendmachung der Forderung(en) durch die Health AG erforderlich ist. Ich weiß, dass Einwände gegen die Forderung(en) gegenüber der Health AG zu erheben und dabei unter Umständen Einzelheiten aus der Behandlung offenzulegen sind und meine Behandelnden und ihre berufsmäßig tätigen Gehilf*innen im Rahmen einer möglichen Auseinandersetzung mit der Health AG als Zeug*innen vernommen werden können.

Ich bin ferner damit einverstanden, dass die Health AG zur Ermittlung des Zahlungsausfallrisikos Informationen über meine Bonität bei Wirtschaftsauskunfteien einholt. Zu diesem Zweck stellen die CRIF GmbH (Leopoldstr. 244, 80807 München) und/oder die Creditreform Boniversum GmbH (Hellersbergstr. 11, 41460 Neuss) Adress- und Bonitätsdaten einschließlich auf Basis eines wissenschaftlich anerkannten mathematisch-statistischen Verfahrens ermittelter Wahrscheinlichkeitswerte zur Verfügung. In die Berechnung von Wahrscheinlichkeitswerten fließen ggf. Anschriftendaten ein.

Ich erteile meine Einwilligung freiwillig und bin darüber informiert, dass eine Behandlung nicht von der Erteilung abhängig ist. Meine Zustimmung gilt auch für zukünftige Behandlungen und kann von mir jederzeit mit Wirkung für die Zukunft gegenüber meinen Behandelnden und ihren berufsmäßig tätigen Gehilf*innen oder der Health AG widerrufen werden. Die bis zum Widerruf getätigte Datenverarbeitung sowie erfolgte Rechnungsstellung der Health AG bleiben hiervon unberührt.

Datum

Praxis-/Klinikstempel

Unterschrift Patient*in / ggf. gesetzlicher/
gesetzliche Vertreter*in

Wichtige Informationen zu Ihrer Privatabrechnung (Art. 13 f. DSGVO in Verbindung mit §§ 32 ff. BDSG-neu) und zu Ihrer Bonitätsprüfung

Liebe Patientin, lieber Patient,

wir möchten uns ganz auf Sie und Ihre Behandlung konzentrieren. Deshalb haben wir uns dafür entschieden, das Management unserer Patientenrechnungen an eine Partnerin unseres Vertrauens zu übergeben. Die Health Coevo AG, kurz Health AG, ermöglicht im Rahmen eines Factoringverhältnisses die zügige und korrekte Bearbeitung Ihrer Rechnungen. Das entlastet uns in unserer Verwaltung und somit haben wir mehr Zeit für Sie. Wenn Sie Fragen zur Rechnung haben oder in bequemen Raten zahlen möchten, kontaktieren Sie gern die Health AG. Ihre Angaben sind dort in guten Händen. Ihre Daten werden von dem Unternehmen so behandelt, wie es die Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) und das Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) vorschreiben, und nicht unbefugt an Dritte weitergegeben. Damit die Abrechnung in Zusammenarbeit mit der Health AG möglich wird, benötigen wir Ihr schriftliches Einverständnis.

Die von der Health AG verarbeiteten Gesundheitsdaten werden ab Zweckfortfall gesperrt und nach Ablauf der gesetzlichen Aufbewahrungsfristen gelöscht. Sie haben das Recht, über die Sie betreffenden personenbezogenen Daten Auskunft zu erhalten. Auch können Sie die Berichtigung unrichtiger Daten verlangen. Darüber hinaus steht Ihnen unter bestimmten Voraussetzungen das Recht auf Löschung von Daten, das Recht auf Einschränkung der Datenverarbeitung sowie das Recht auf Datenübertragbarkeit zu. Ihre Anliegen zum Datenschutz richten Sie bitte unmittelbar an die/den Datenschutzbeauftragte/-n der Health AG, E-Mail: datenschutz@healthag.de. Weitere Informationen zum Datenschutz bei der Health AG finden Sie unter www.healthag.de/datenschutz.

Bitte beachten Sie, dass die Health AG vor Durchführung eines Forderungsankaufs eine Beurteilung des Zahlungsausfallrisikos bei der Wirtschaftsauskunftei (CRIF GmbH (Leopoldstr. 244, 80807 München)) durchführt (Scoring). Dazu werden die personenbezogenen Daten, die zu der Bonitätsprüfung nötig sind (Name, Geburtsdatum, Adresse) an die Wirtschaftsauskunftei übertragen. Die Wirtschaftsauskunftei übermittelt der Health AG Informationen zu Ihrem bisherigen Zahlungsverhalten zur Beurteilung des Zahlungsausfallrisikos. Anfragen bei den Auskunfteien können positive wie negative Auswirkungen auf Ihren Bonitätswert haben. Die Erhebung, Speicherung und Weitergabe erfolgt mithin zum Zwecke der Bonitätsprüfung zur Vermeidung eines Zahlungsausfalles auf Grundlage des Art. 6 Abs. 1 S. 1 lit. f bzw. Art. 6 Abs. 1 S. 1 lit. a DSGVO. Auf Basis dieser Informationen wird eine statistische Wahrscheinlichkeit für einen Zahlungsausfall und damit Ihre Zahlungsfähigkeit berechnet. Unter Berücksichtigung des Ergebnisses der Bonitätsprüfung wird die Health AG den Forderungsankauf und die Abrechnung der Behandlung durchführen und Ihnen ggf. eine Ratenzahlung anbieten können.

Sie haben ferner das Recht, sich bei der zuständigen Aufsichtsbehörde für den Datenschutz zu beschweren, wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht rechtmäßig erfolgt. Die Kontaktdaten der zuständigen Aufsichtsbehörde lauten:

Der Hamburgische Beauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit
Kurt-Schumacher-Allee 4 | 20097 Hamburg
T +49 40 42854-4040/4000 | mailbox@datenschutz.hamburg.de

Bitte unterschreiben Sie hierfür diese Einwilligungserklärung.
Vielen Dank!

Ihr Praxis-/Klinikteam

Health Coevo AG
Patientenservice
Lübeckertordamm 1–3
20099 Hamburg

T +49 40 524 709-000
info@healthag.de
www.healthag.de