

# Patientenaufnahme:

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_ Geb.: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_ PLZ \_\_\_\_\_

Hauptversicherer: \_\_\_\_\_ Geb.: \_\_\_\_\_

Krankenversicherung: \_\_\_\_\_ Zusatzversicherung: \_\_\_\_\_ Beihilfe:  ja  nein

Tel./ Mobil: \_\_\_\_\_

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

## Anamnese:

Wie heißt Ihr Zahnarzt? \_\_\_\_\_ Kieferorthopäde: \_\_\_\_\_

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?  Überweisung  Empfehlung  Internet  Jameda

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein? \_\_\_\_\_

Nahmen Sie kürzlich Schmerzmittel?  nein  ja, welche? \_\_\_\_\_

Wie ist Ihr Blutdruck?  normal  niedrig  hoch

Besteht eine Herz-/ Kreislauferkrankung?  nein  ja

Besteht oder Bestand eine Krebserkrankung  nein  ja, welche? \_\_\_\_\_

Waren Sie schon einmal im Krankenhaus?  nein  ja, weil \_\_\_\_\_

Tragen Sie einen Herzschrittmacher oder eine künstliche Herzklappe?  nein  ja

Zuckerkrankheit (Diabetes)?  nein  ja

Blutungsneigungen / Blutgerinnungsstörungen?  nein  ja

Hepatitis / HIV positiv?  nein  ja

Schwangerschaft/ Stillen?  nein  ja

Leiden Sie unter Allergien?  nein  ja, welche? \_\_\_\_\_

Rauchen Sie?  nein  ja, wieviel? \_\_\_\_\_

Trinken Sie Alkohol?  nein  ja, wieviel? \_\_\_\_\_

Wurde bei Ihnen schon einmal ein größerer Eingriff an den Zähnen vorgenommen? z.B. Wurzelspitzenresektion, Weisheitszahnentfernung  nein  ja

Wenn ja, gab es Probleme?  nein  ja

Hatten Sie schon einmal Probleme mit der Spritze zur örtlichen Betäubung?  nein  ja

Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift **X** \_\_\_\_\_

## Behandlungsvertrag:

PRIVATPATIENTEN: Mir ist bekannt, dass meine Versicherung die Kosten nur im Rahmen meines abgeschlossenen Tarifs übernimmt.

BEIHILFEPATIENTEN: Mir ist bekannt, dass meine Beihilfestelle bezüglich der Erstattung und der Anerkennung von Begründungen sehr restriktive Bestimmungen hat.

GESETZLICH VERSICHERT: Mir ist bekannt, dass meine gesetzliche Krankenkasse zu manchen Leistungen, die unsere Praxis auf Wunsch anbietet (z.B. Behandlung in Sedierung, 3D-Aufnahme) keine oder nur geringe Zuschüsse geben darf.

GESETZLICH VERSICHERT MIT ZUSATZ: Ich werde darauf hingewiesen, dass meine Zusatzversicherung möglicherweise nur sehr reduzierte Zuschüsse leistet. Über die Bedingungen habe ich mich informiert.

Mir ist bekannt, dass mein Zahnarzt seine Liquidation ausschließlich nach der amtlichen Gebührenordnung und ergangenen Urteilen, nicht aber nach Einschränkungen durch Versicherungstarife oder Beihilfebestimmungen erstellen darf.

Gewebeproben, die im Zusammenhang mit einer Wurzelspitzenresektion, Zystenoperation, Fremdkörperentfernung, Exzisionen oder ähnlichen Eingriffen entnommen werden, werden routinemäßig zur histologischen Untersuchung eingeschendet. Sollten Sie mit dieser Untersuchung nicht einverstanden sein, so bitten wir Sie bei dem Aufklärungsgespräch, spätestens jedoch zum Operationstermin um Information.

Meine Versicherung, bzw. Beihilfestelle wird oder muss möglicherweise nicht alle Kosten übernehmen. Ich weiß, dass mein Zahnarzt diesbezüglichen Schriftverkehr nur in sehr begrenztem Umfang führen kann.

Ich verpflichte mich, eine gebührenkonforme Rechnung ohne Abzüge zu bezahlen, ungeachtet von Reduktionen durch meine Versicherung/Beihilfestelle. Vertragspartner sind der behandelnde Arzt und Patient.

Ich verzichte darauf, Forderungen auf meine Liquidation abzutreten oder zu verpfänden.

Ihre Angaben werden von uns ggf. elektronisch gespeichert, unterliegen aber den strengen Bestimmungen des Datenschutzes und der ärztlichen Schweigepflicht.

Bitte beachten Sie dazu noch die letzte Seite des Anamnesebogens und unterschreiben Sie auch das Blatt zur Datenschutzerklärung. Sie bekommen auf Wunsch im Anschluss eine Kopie der Datenschutzerklärung ausgehändigt.

---

DATUM:

UNTERSCHRIFT:

Name, Vorname, Anschrift Patient\*\*

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  
servicecenter@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>

Überdies erklären wir Ihnen den hier dargestellten Ablauf noch einmal ausführlich unter <https://meinebfs.de/FAQ>

Wir bedanken uns für Ihr Vertrauen.

## Einverständniserklärung\*

Gesetzlicher Vertreter bei Minderjährigen/  
Geschäftsunfähigen/beschränkt Geschäftsfähigen

Vorname

Nachname

Geburtsdatum

Straße

Nr.

PLZ/Ort

Behandler (Praxisstempel/Klinikstempel)

### Abtretung der Forderung an BFS:

- Abtretung der sich aus der Behandlung ergebenden Forderungen an BFS, die refinanzierende Bank und die European Receivables Finance SA
- Ich wurde darüber informiert, dass BFS die Leistungen meines Behandlers mir gegenüber abrechnen und den Rechnungsbetrag bei mir geltend machen wird.

### Schweigepflichtsentbindung:

Ich entbinde meinen Behandler, seine Vertretung und BFS in dem aufgezeigten Rahmen jeweils von ihrer Schweigepflicht. Sollte es über die Berechtigung der Forderung unterschiedliche Auffassungen geben, kann der Behandler in einer etwaigen Auseinandersetzung als Zeuge gehört werden.

### 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.

Vorstehende Erklärungen werden freiwillig erteilt und können mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden. Bei Nichtunterzeichnung entstehen keine Nachteile im Hinblick auf die Behandlung.

Datum und Unterschrift Patient bzw. gesetzlicher Vertreter

Ich erkläre mich ausdrücklich einverstanden

- mit der Weitergabe meiner Personenstammdaten (Name, Geburtsdatum und Anschrift) durch den Behandler an BFS auch vor Aufnahme der Behandlung zum Zweck der Einholung einer Bonitätsinformation bei einer Auskunftei durch BFS. Die Ergebnisse der Anfrage nutzt BFS für die interne Risikoprozesssteuerung;
- mit der Übermittlung und Verarbeitung der für die Abrechnung und Geltendmachung der Forderungen erforderlichen Informationen (Name, Geburtsdatum, Anschrift, Diagnose, Leistungsdaten, Behandlungsdaten und -verläufe) an die BFS;
- mit der Übermittlung und Verarbeitung der Rechnungsnummer, dem Fälligkeitsdatum sowie der Rechnungshöhe an die Landesbank Hessen-Thüringen Girozentrale, sowie an die European Receivables Finance SA, jeweils zum Zwecke der Sicherung offener Forderungen und zur Refinanzierung des Geschäftsmodells der BFS;
- mit der Übermittlung und Verarbeitung weiterer forderungsbegründender Gesundheitsdaten im Falle der Zahlungsunfähigkeit der BFS und Geltendmachung der Forderung durch die refinanzierende Bank und die European Receivables Finance SA;
- mit der befristeten Nutzung meiner Daten durch BFS zum Auffinden systemischer Fehler und Optimierung interner Abläufe bei der Abrechnung; mit anschließender Löschung der Daten. Eine Speicherung Ihrer Daten außerhalb von BFS findet nicht statt.

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