



Oralchirurgie, Implantologie und Zahnmedizin in Murg

Dr. Beshr Shokri

Hauptstr. 54 – 79730 Murg

Telefon: 077638059579 – Telefax: 077638059578 kontakt@zahnarzt-murg.de

Anmeldebogen mit Anamnese

Liebe/r Patient/in,

herzlich willkommen in unserer Praxis. Für eine risikofreie Behandlung ist die gewissenhafte Beantwortung der Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand von besonderer Bedeutung. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der Schweigepflicht des Zahnarztes und seines Teams. Vielen Dank für Ihre Mitarbeit.

Patient

Name: _____
Vorname: _____
Geburtsdatum: _____
Geburtsort: _____
Adresse: _____

Wer ist Hauptversicherter?

Name: _____
Vorname: _____
Geburtsdatum: _____

E-Mail privat.: (wichtig für Recall Benachrichtigung) _____

Telefonnummern

Privat: _____
Mobil (wichtig): _____
Geschäftlich: _____

Wer soll die Rechnung erhalten?

Name: _____
Vorname: _____
Adresse: _____

Beruf: _____
Arbeitgeber, Ort: _____

Sind Sie Beihilfeberechtigter des öffentlichen Dienstes? ja ☐ nein ☐

Krankenkasse: _____

Pflichtversichert: ja ☐ nein ☐

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? _____

Bestehen gesundheitliche Risiken?

Wenn ja, welche? _____

Leiden Sie an einer Allergie? ja ☐ nein ☐

Wenn ja, welche? _____

Haben Sie eine Magen-/Darmerkrankung? ja ☐ nein ☐

Haben Sie eine Herz-/Kreislaufkrankung? ja ☐ nein ☐

Haben Sie Gerinnungsstörungen? ja ☐ nein ☐

Haben Sie einen hohen Blutdruck? ja ☐

niedrigen Blutdruck? ja ☐

Haben Sie Diabetes? ja ☐ nein ☐

Nehmen Sie Bisphosphonate ein? ja ☐ nein ☐

Liegt bei Ihnen eine Schilddrüsenerkrankung vor? ja ☐ nein ☐

Leiden Sie an einer Infektionskrankheit? ja ☐ nein ☐

HIV ☐ Hepatitis B ☐ Hepatitis C ☐

Nehmen Sie Medikamente ein? ja ☐ nein ☐



Oralchirurgie, Implantologie und Zahnmedizin in Murg

Dr. Beshr Shokri

Hauptstr. 54 – 79730 Murg

Telefon: 077638059579 – Telefax: 077638059578 kontakt@zahnarzt-murg.de

Wenn ja, welche? _____

- Haben Sie eine Nierenerkrankung? ja ☐ nein ☐
- Leiden Sie unter Migräne? ja ☐ nein ☐
- Haben Sie grünen Star? ja ☐ nein ☐
- Haben oder hatten Sie eine Krebserkrankung? ja ☐ nein ☐
- Rauchen Sie? ja ☐ nein ☐
- Sind Sie schwanger? ja ☐ nein ☐
- Wenn ja, in welcher Woche? _____

Was ist der Grund für Ihren Besuch bei uns?

- Eine zahnärztliche Kontrolluntersuchung ja ☐ nein ☐
- In welcher Zahnarztpraxis waren Sie zuvor? _____
- Sonstiger Grund _____
- Haben Sie Zahnschmerzen? ja ☐ nein ☐
- Blutet Ihr Zahnfleisch? ja ☐ nein ☐
- Zieht sich Ihr Zahnfleisch zurück? ja ☐ nein ☐
- Sind Ihre Zähne gelockert? ja ☐ nein ☐
- Haben Sie Geräusche im Kiefergelenk? ja ☐ nein ☐
- Haben Sie Schmerzen im Kiefergelenk? ja ☐ nein ☐
- Besitzen Sie einen Röntgenpass? ja ☐ nein ☐
- Hatten Sie innerhalb der letzten zwei Jahre eine Röntgenuntersuchung? ja ☐ nein ☐

Wünschen Sie eine Aufklärung zu Implantaten?

ja ☐ nein ☒

Sind für Sie ästhetisch schöne Zähne wichtig? ja ☐ nein ☐

Möchten Sie darüber eine Beratung? ja ☐ nein ☐

An regelmäßige Termine möchte ich erinnert werden

Kontrolluntersuchungen ☐

Professionelle Zahnreinigung ☐

Die Erinnerung und Recall wünsche ich

☐ per E-Mail ☐ per SMS

Telefonanruf nicht möglich bei Recall



Oralchirurgie, Implantologie und Zahnmedizin in Murg

Dr. Beshr Shokri

Hauptstr. 54 – 79730 Murg

Telefon: 077638059579 – Telefax: 077638059578 kontakt@zahnarzt-murg.de

Datenschutz Erklärung

Mit meiner Unterschrift willige ich in die Erstellung, Speicherung sowie Nutzung von Daten und Fotos zur Behandlungsplanung / Dokumentation ein und bestätige die Richtigkeit meiner Angaben.

Ich verpflichte mich, über alle Änderungen, die sich während der gesamten Behandlungszeit ergeben, umgehend Mitteilung zu machen.

Ich willige ein, dass die Zahnarztpraxis Dr. Beshr Shokri meine erhobenen Patientendaten elektronisch verarbeitet und mit dem überweisenden und/oder mitwirkenden Zahnarzt/ Arzt oder zahntechnischen Labor sämtliche erforderlichen medizinischen und sonstigen personenbezogenen Daten austauschen darf, soweit diese für Diagnostik, Behandlung und Nachsorge im Einzelfall erforderlich ist.

Ausfallhonorar:

Des Weiteren verpflichte ich mich, vereinbarte Behandlungstermine einzuhalten bzw. mindestens 24 Std. vor dem vereinbarten Termin abzusagen. Mir ist bekannt, dass nicht bzw. nicht rechtzeitig abgesagte Termine in Rechnung gestellt werden können je nach Behandlungsaufwand.

Für Private-, Beihilfe- und Zusatzversicherte Patienten

Wir möchten freundlich darauf hinweisen, dass in der Rechtsbeziehung zu den kostenerstattenden Stellen (Beihilfe, PKV und Zusatzversicherung) neben den Gebührenordnungen für Ärzte und Zahnärzte tarifliche Bestimmungen des Versicherungsvertrages, Beihilferichtlinien und die Auffassung der Kostenerstatter ihren Niederschlag finden, sodass die Erstattung in vielen Fällen keinen Einfluss auf die Abrechnungsfähigkeit von Leistungspositionen sowie die verwendeten Steigerungs-faktoren hat. Ihre Praxis hat sich daher bei der Berechnung aller durchgeführten medizinisch notwendigen Leistungen sowie der Material-und Laborkosten ausschließlich nach den Gebührenordnungen für Ärzte (GOÄ) und Zahnärzte (GOZ) zu richten. Es ist immer möglich, dass manche Leistungen teilweise oder vollständig von Ihrer Versicherung nicht erstattet werden. Bitte haben Sie Verständnis dafür, dass in solchen Fällen keine Rechnungsänderung möglich ist.

Die Überprüfung und Begründung Ihrer Rechnung erfolgt nur nach Rechnungserhalt immer durch unsere Abrechnungsstelle BFS Health Kundencenter (Kontaktdaten finden Sie auf Ihrer Rechnung). Bei Fragen bezüglich Ihrer Rechnung bitte direkt an das BFS Kundenservice wenden und erklären lassen. Sie werden eine schriftliche Antwort auf alle Ihre (Versicherungs-) Fragen erhalten.

Als Patient haben Sie immer das Recht, über die Behandlungskosten im Voraus informiert zu werden. Schriftliche Kostenvoranschläge sind je nach Zeitaufwand kostenpflichtig.

Datum: _____

Name und Unterschrift: _____



Oralchirurgie, Implantologie und Zahnmedizin in Murg

Dr. Beshr Shokri

Hauptstr. 54 – 79730 Murg

Telefon: 077638059579 – Telefax: 077638059578 kontakt@zahnarzt-murg.de

Praxis/Klinik

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.

Einverständniserklärung*

Gesetzliche:r Vertreter:in bei Minderjährigen/
Geschäftsunfähigen/beschränkt Geschäftsfähigen

Vorname

Nachname

Geburtsdatum

Straße

Nr.

PLZ/Ort

Ich erkläre mich ausdrücklich einverstanden mit der

- * möglichen Anfrage durch den Behandelnden bei BFS bezüglich der Abrechnung über BFS, auch vor Aufnahme der Behandlung,
- * Einholung einer Bonitätsinformation bei einer Auskunft durch BFS (unter Angabe von Name, Geburtsdatum und Anschrift des/der Patient:in/ 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 Geltendmachung 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/meiner Behandlers:in mir gegenüber abrechnen und den Rechnungsbetrag bei mir geltend machen wird.

Behandler: (Praxisstempel/Klinikstempel)



Dr. Beshr Shokri

Fachzahnarzt für Oralchirurgie
Zahnärztliche und oralchirurgische Praxis

im Ärztehaus H54
Hauptstr. 54 / 79730 Murg
www.drshokri.de
Sollte es über die Berechnung der Forderung unterschiedliche Auffassungen geben, kann der/die Behandler:in in einer etwaigen Auseinandersetzung als Zeuge:in 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 gesetzliche Vertretung, 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 meine:n Behandler:in, der/die Vertreter:in und BFS in dem aufgezeigten Rahmen jeweils von ihrer Schweigepflicht.

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

Datum

Unterschrift Patient:in bzw. gesetzliche:r Vertreter:in