

# Patientenerhebungsbogen

Praxis MUDres. J. und T. Kaderavek

**Bitte beantworten Sie die nachfolgenden Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand möglichst genau!**  
Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den **Bestimmungen des Datenschutzes und werden streng vertraulich behandelt.** Die Informationen zur Erhebung personenbezogener Daten sind in der Praxis einsehbar.

## 1. Bitte tragen Sie hier Ihre Versichertendaten ein:

**Patient:** Name, Vorname ..... geboren am..... in .....  
Anschrift .....  
Telefon (privat)..... (**tagsüber erreichbar**).....  
mobil.....  
Email..... Beruf/Arbeitgeber.....  
Hausarzt - Name..... Anschrift.....

**Mitglied oder Versicherter:** Name, Vorname..... geb. am.....  
Anschrift.....  
versichert: **gesetzlich** bei ..... Zusatzversicherung?.....  
**privat** bei..... vollversichert?..... Basistarif? ..... Beihilfe?.....  
Besteht eine Begrenzung der Kostenerstattung Ihrer Krankenversicherung (z.B. Faktorhöhe)?  
 ja  nein

## 2. in eigener Sache:

Wodurch wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam? .....  
Worauf legen Sie besonderen Wert? .....  
Terminerinnerung für den vorgesehenen Zahnarzt-/Prophylaxebesuch gewünscht?  ja  nein

## 3. Behandlung Ihres Kindes

Ist Ihr Kind in kieferorthopädischer Behandlung?  ja  nein  
Bestehen Habits (Daumenlutschen, Lispeln etc.)?  ja  nein  
Sind Sie mit Fluoridierungsmaßnahmen bei Ihrem Kind einverstanden?  ja  nein  
Sind Sie mit Fissurenversiegelungen einverstanden?  ja  nein

## 4. allgemeinmedizinische Fragen

Sind Sie in dauernder ärztlicher Behandlung?  ja  nein  
Nehmen Sie blutverdünnende Mittel ein (z.B. **Marcumar, ASS**)?  ja  nein  
Bluten Sie länger nach einer Verletzung?  ja  nein

Leiden Sie unter **Herz-/Kreislaufkrankungen:**

- Bluthochdruck?  ja  nein  
- koronare Herzkrankheit (Angina Pectoris)?  ja  nein  
- unregelmäßiger Herzschlag (Arrhythmie)?  ja  nein  
- Endokarditis, Herzmuskelentzündung?  ja  nein  
- Herzoperation? Herzklappenfehler? Herzschrittmacher?  ja  nein

Haben oder hatten Sie **infektiöse Erkrankungen**, wie z.B.:

- **AIDS, HIV-positiv?**  ja  nein  
- **Lebererkrankung (z.B. Hepatitis, Gelbsucht?)**  ja  nein Wenn ja, was? .....  
- Lungenerkrankung (z.B. Asthma, **Tuberkulose**)?  ja  nein Wenn ja, was? .....  
- Infektionskrankheiten wie z.B. MRSA?  ja  nein Wenn ja, was? .....  
- **Covid-19 getestet?**  ja  nein Wenn ja, Ergebnis? .....

Haben oder hatten Sie **andere Erkrankungen**, wie z.B.:

- Anfallsleiden (Epilepsie)?  ja  nein  
- Augenerkrankung (z.B. Grüner Star?)  ja  nein  
- Blutgerinnungsstörungen?  ja  nein  
- Magen-Darm-Erkrankung?  ja  nein  
- Nierenerkrankungen?  ja  nein

# Patientenrechtegesetz in unserer Praxis

*oder auch: wo Rechte, dort auch Pflichten*

## **Ihre Rechte**

1. Sie haben das Recht auf eine kompetente, rücksichts- und respektvolle Behandlung unabhängig von Ihrem Alter, Geschlecht, Rasse, Staatsangehörigkeit, Religion, sexueller Orientierung und Behinderungen.
2. Sie haben das Recht, vom Behandler über Ihre Befunde, über die daraus folgende Diagnose, über die Notwendigkeit der Behandlung, über Behandlungsalternativen, über mit der Behandlung verbundenen Risiken sowie über Unterlassungsfolgen verständlich informiert zu werden.
3. Sie haben das Recht, erwartungsgemäß möglichst schmerzfrei und gefühlvoll behandelt zu werden.
4. Sie haben das Recht, über den Verlauf der Behandlung mitentscheiden zu können.
5. Sie haben das Recht, die Behandlung abzulehnen oder abubrechen. In diesen Fällen wird der Behandler für die Konsequenzen nicht haften können.
6. Sie haben das Recht, bei Verständigungsproblemen eine Ihnen vertraute Person mitzubringen.
7. Sie haben das Recht zu erwarten, dass über Ihre Behandlung detaillierte Aufzeichnungen und Angaben gemacht werden, welche in unserer Praxis vertrauensvoll und im Einklang mit Datenschutz und ärztlicher Schweigepflicht archiviert werden.
8. Sie haben das Recht, die anfallende Behandlungsrechnung erklärt zu bekommen.

## **Ihre Pflichten**

1. Sie sind verpflichtet, unserer Praxis sämtliche zur Behandlung notwendigen Informationen wahrheitsgemäß und lückenlos zur Verfügung zu stellen. Es handelt sich um Informationen über Ihre Gesundheit und Krankheiten, Ihren jetzigen Gesundheitszustand, Medikamenteneinnahme sowie sämtliche persönlichen Angaben wie Ihre Wohnadresse und Ihre Versicherung.
2. Falls Sie etwas nicht verstehen und sich daraus negative Einflüsse für Ihre Gesundheit ergeben könnten, sind Sie verpflichtet nachzufragen.
3. Wenn Sie denken, die Therapie nicht durchstehen zu können oder zu wollen, sind Sie verpflichtet, es dem Behandler mitzuteilen.
4. Sie sind verpflichtet, sich an Ihrer Genesung aktiv zu beteiligen und sämtlichen Anleitungen des Behandlers Folge zu leisten.
5. Sie sind verpflichtet, dem Behandler unverzüglich mitzuteilen, wenn sich Verschlechterungen Ihres Gesundheitszustandes ergeben.
6. Sie sind verpflichtet, sich an die Behandlungstermine zu halten. Falls Sie verhindert sind, sind Sie verpflichtet, es der Praxis rechtzeitig mitzuteilen.
7. Sie sind verpflichtet, die Rechnungen für die Behandlung unverzüglich zu bezahlen.

***Wir wünschen Ihnen bei der Behandlung viel Erfolg!***

- Osteoporose?  ja  nein
- Ohnmachtsanfälle?  ja  nein
- Rheuma?  ja  nein
- Schilddrüsenerkrankung?  ja  nein
- Tumor?  ja  nein
- Zuckerkrankheit (Diabetes)?  ja  nein

sonstige: .....

Leiden Sie unter **Allergien bzw. Unverträglichkeiten** auf:

- Lokalanästhesie/Spritzen?  ja  nein
- Antibiotika?  ja  nein
- Medikamente?  ja  nein
- Metalle?  ja  nein

sonstige Allergien (z.B. Heuschnupfen, Ekzeme)?.....  
 Haben Sie einen Allergietest?  ja  nein

- Wurde bei Ihnen eine Organtransplantation durchgeführt?  ja  nein
- Nehmen Sie Bisphosphonate ein?  ja  nein
- Nehmen Sie oft Schmerzmittel ein?  ja  nein
- Nehmen Sie andere Medikamente ein?  ja  nein

Wenn ja, welche?.....

- Leiden Sie unter Depressionen?  ja  nein
- Besteht oder bestand eine Drogenabhängigkeit?  ja  nein
- Waren Sie in den letzten 2 Jahren im Krankenhaus?  ja  nein Wenn ja, warum? .....
- Rauchen Sie?  ja  nein Wenn ja, wie viel?.....
- Besteht eine Schwangerschaft?  ja  nein Wenn ja, in welchem Monat? .....

### 5. zahnärztliche Gesundheitsfragen

- Blutet Ihr Zahnfleisch beim Zähneputzen?  ja  nein
- Beobachten Sie eine Zahnlockerung?  ja  nein
- Wurde schon eine Zahnfleischbehandlung durchgeführt?  ja  nein
- Leiden Sie unter Mundgeruch?  ja  nein
- Pressen oder Knirschen Sie mit Ihren Zähnen?  ja  nein
- Leiden Sie an Kopfschmerzen oder Verspannungen?  ja  nein
- Hatten Sie eine kieferorthopädische Behandlung?  ja  nein
- Haben Sie eine Zahnzusatzversicherung abgeschlossen?  ja  nein
- Sind bei Ihnen zahnärztliche Röntgenaufnahmen gemacht worden?  ja  nein  
 Wenn ja, wann?.....

### 6. Einverständniserklärung – als Patient und/oder Versicherter

Als **Patient** verpflichte ich mich, meinen behandelnden Zahnarzt über alle Änderungen, auch gesundheitliche wie z.B. eine Schwangerschaft, die sich während der gesamten Behandlungszeit ergeben, zu informieren.

Ich erkläre mich mit der elektronischen Speicherung, Bearbeitung und Nutzung meiner Daten (auch zur Aufnahme in das Recall-System) einverstanden. Ich bin auch damit einverstanden, dass meine Behandlungsdaten an die Kassenzahnärztliche Vereinigung und/oder an meine Versicherung und/oder an die zahnärztliche Abrechnungsstelle DZR Stuttgart weitergegeben werden.

**Ich verpflichte mich, vereinbarte Behandlungstermine einzuhalten bzw. mindestens 24 Stunden vorher abzusagen. Mir ist bekannt, dass nicht abgesagte oder nicht rechtzeitig abgesagte Termine in Rechnung gestellt werden können (75,00 Euro pro angefangene halbe Stunde, § 611 und 615/280 BGB).**

Als **Versicherter** erkläre ich mich verpflichtet, jegliche Änderung der Versicherungsdaten sowie des Wohnsitzes der Praxis umgehend mitzuteilen.

Ich habe die umseitigen **Allgemeinen Behandlungsbedingungen (ABB)** sowie das sog. **Patientenrechtsgesetz in unserer Praxis** gelesen, verstanden und akzeptiere diese.

Ehingen, ..... Ihre Unterschrift: .....

# Allgemeine Behandlungsbedingungen – Zahnarztpraxis MUDres. Kaderavek oder auch: damit es keine Missverständnisse gibt

## Geltungsbereich

Diese Allgemeinen Behandlungsbedingungen (ABB) gelten für die vertraglichen Beziehungen zwischen der Praxis MUDres. Kaderavek und dem Patienten/der Patientin. Sollte der Behandlungsvertrag mit einer anderen Person als dem Patienten (z.B. einem Versicherer oder Selbstzahler) abgeschlossen sein, gelten die Regelungen für diese in gleicher Weise. Die Rechtsbeziehung zwischen den beiden Vertragspartnern ist privatrechtlicher Natur. Bei der Behandlung gesetzlich versicherter Patienten finden darüber hinaus auch die Vorschriften der vertragszahnärztlichen Versorgung ihre Anwendung.

## Medizinisches

1) **Angebot der Praxis:** Allen unseren Patienten werden die nach unserer Überzeugung optimalen Behandlungsmethoden und Vorsorgeleistungen angeboten, die notwendig sind, um die Mundgesundheit zu erhalten/zu verbessern. Diese bieten wir unabhängig davon, ob diese im jeweiligen Leistungskatalog der Krankenversicherung oder Beihilfestelle enthalten sind oder nicht. Leistungen, die wir mit einer gesetzlichen Krankenversicherung nicht abrechnen können, bieten wir als Privatleistung an.

2) **Unabhängigkeit der Praxis:** Wir unterhalten keine vertraglichen Vereinbarungen mit privaten Krankenversicherungen oder mit Beihilfestellen oder einzelnen Krankenkassen und nehmen von diesen keine Weisungen hinsichtlich Behandlungsmethoden oder Abrechnungsverfahren entgegen. Bei der Wahl unserer Behandlung orientieren wir uns ausschließlich an den wissenschaftlichen Erkenntnissen und nicht an Versicherungs- oder Erstattungsbedingungen einzelner Krankenversicherungen oder Beihilfestellen.

## Finanzielles

3) **Kassenleistungen:** Die Regelleistungen der gesetzlichen Krankenkassen rechnen wir, entsprechend den gesetzlichen Vorschriften, über die Kassenzahnärztliche Vereinigung Baden-Württemberg in Tübingen ab.

4) **Privatleistungen:** Die Honorarberechnung erfolgt nach der amtlichen Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ). Bei auftretenden Auslegungsfragen halten wir uns an die Empfehlungen der Landes Zahnärztekammer Baden-Württemberg in Stuttgart.

Die Vielfalt der verschiedenen Tarife, vor allem Privattarife, wie auch die Unterschiedlichkeit der Erstattungsmodalitäten der Erstattungsstellen macht es uns unmöglich, Ihnen eine vollständige Übernahme Ihrer Behandlungskosten durch Ihre Krankenversicherung bzw. Beihilfestelle oder Krankenkasse zuzusagen. Dies ist vielmehr eine Vertragssache zwischen den Patienten/Versicherten und deren Versicherung, auf welche wir keinen Einfluss haben. Eine vorherige Abklärung der Erstattungsleistungen kann eine Erstellung eines individuellen Kostenplanes möglich machen.

Wenn Privatversicherte eine Behandlung nach den Bedingungen des „Basistarifs“ ohne eigene Zuzahlung wünschen, müssen sie dies vor der ersten Behandlung mitteilen. Der Basistarif ist keine Vollversicherung und gewährleistet keine optimale, sondern möglicherweise eine ausreichende Behandlung. Eine nachträgliche Änderung der Behandlungsweise und damit eine Änderung der Honorarberechnung ist naturgemäß nicht möglich.

5) **Zahlungsregelungen, Zahlungsfristen:** Der Patient wird vor Behandlungsbeginn über die zu erwartenden Gesamtkosten bzw. Eigenanteile und Mehrkosten bei gesetzlich versicherten Patienten informiert. Die Praxis kann vor Behandlungsbeginn eine Zahlung eines Vorschusses bis zu 100% der zu erwartenden Auslagen (Material- und Laborkosten) verlangen. Nach § 10 GOZ wird eine Honorarrechnung sofort und ohne weitere Fristen nach dem Erhalt fällig, und zwar unabhängig davon, ob und wann eine Krankenversicherung oder Beihilfestelle eine Erstattung vornimmt. Zahlungen für Privatleistungen nehmen wir nur von unseren Patienten entgegen, nicht von Krankenversicherungen oder anderen Erstattungsstellen. Die privaten Leistungen rechnen wir, entsprechend den gesetzlichen Vorschriften, über das Deutsche Zahnärztliche Rechenzentrum GmbH (DZR) in Stuttgart ab.

6) Bei **Heil- und Kostenplänen** erfolgt eine sorgfältige Schätzung der voraussichtlichen Kosten nach den vorliegenden diagnostischen Unterlagen. Wenn weitere zusätzliche, zunächst nicht vorhersehbare konservierende oder operative Begleitbehandlungen notwendig werden oder zusätzliche Schwierigkeiten bei der Behandlung auftreten, muss die Behandlung und folglich auch das Honorar entsprechend angepasst werden. Eine genaue Abrechnung, insbesondere der Material- und Laborkosten, ist deswegen erst nach Abschluss der Behandlung möglich.

## Organisatorisches

7) **Terminvereinbarung und Ausfallhonorar:** Die vereinbarten Behandlungstermine sind Fixtermine, um für geplante Behandlungen ausreichend Zeit zu reservieren, damit die Behandlung in Ruhe ausgeführt werden kann. Wenn vereinbarte Termine nicht eingehalten werden können, müssen diese mindestens 24 Stunden vorher abgesagt werden, andernfalls wird die nicht genutzte Behandlungszeit mit einem berechneten Schadenersatz iHv. 75,00 € pro angefangene halbe Stunde in Rechnung gestellt (§ 611 und 615/280 BGB).

8) **Haftungsbeschränkung:** Für Garderobe sowie für eingebrachte Sachen der Patienten, welche sie in den Praxisräumen ablegen, wird keine Haftung übernommen.

9) Werden im Laufe der Behandlung **Fotos** angefertigt, dürfen diese in anonymisierter Form im Rahmen von Vorträgen und Präsentationen, praxisinternen Informationsschriften, der Patientenaufklärung oder auf der Praxis-Homepage sowie unserer Praxis-Facebook-Seite verwendet werden, sofern der Verwendung nicht widersprochen wird.

10) **Zahnärztliche Dokumentation und Datenschutz:** Die zahnärztliche Dokumentation incl. Untersuchungsbefunde, Röntgenaufnahmen usw. ist Eigentum der Praxis. Der Patient oder sein Bevollmächtigter hat Anspruch auf Einsicht in die Dokumentation und Auskunft. Ein Anspruch auf Herausgabe der Originalunterlagen besteht nicht. Auf Verlangen können Kopien der schriftlichen Dokumentation gegen Kostenerstattung überlassen werden. Die Erhebung, Nutzung und Verarbeitung der Daten erfolgt unter Beachtung der gesetzlichen Regelungen (EU-DSGVO), der ärztlichen Schweigepflicht und des Sozialgeheimnisses.