

IMPLANTATZENTRUM ALSTER

Vorname \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_

geb. am: \_\_\_\_\_ Geburtsort: \_\_\_\_\_

Versicherte/ r: \_\_\_\_\_ geb. am: \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_ PLZ \_\_\_\_\_ Wohnort \_\_\_\_\_

Telefon privat \_\_\_\_\_ mobil \_\_\_\_\_

geschäftlich \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

Name der Versicherung \_\_\_\_\_ Beihilfeberechtigung  ja  nein

Standardtarif bei PKV Versicherung  ja  nein

Private Zusatzversicherung  ja  nein Name \_\_\_\_\_

**Empfohlen bzw. überwiesen durch** \_\_\_\_\_

**Letzte Röntgenuntersuchung im Mund-Kieferbereich; wann ?** \_\_\_\_\_

Ich stimme hiermit der Speicherung meiner personenbezogenen Daten für den Zweck der Datenerhebung zu.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder durch E-Mail an die Praxis widerrufen kann (Art. 7 Abs. 3 DSGVO)

Um für Sie Wartezeiten zu ersparen, wird diese Praxis nach dem Bestellsystem geführt. Dies bedeutet, dass wenn Sie vereinbarte Termine nicht einhalten können, diese spätestens 48 Stunden vorher abgesagt werden müssen. Sollte der bestehende Termin nicht rechtzeitig abgesagt werden, so kann Ihnen der Ausfall nach § 615 BGB in Rechnung gestellt werden. Es sei denn, an dem Versäumnis des Termins trifft Sie kein Verschulden.

Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift des Patienten oder des Erziehungsberechtigten \_\_\_\_\_



**Spez. Medizinische Anamnese:**

Auch Allgemeinkrankheiten können Auswirkungen auf die Behandlung haben. Deswegen bitten wir Sie um Ausfüllung dieses Erhebungsbogens. Bitte beachten Sie, dass diese Angaben auf das Strengste der ärztlichen Schweigepflicht in unserer Praxis unterliegen. Sie dienen ausschließlich dazu, unsere Behandlung Ihrem Gesundheitszustand anzupassen

Stehen Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung? ja o nein o

Wenn ja, wegen welcher Erkrankung? \_\_\_\_\_

Stehen oder standen Sie in ärztlicher Behandlung aufgrund einer Krebserkrankung? ja o nein o

Wenn ja, ist bei Ihnen eine Bestrahlung im Kopf-Hals-Bereich durchgeführt worden? ja o nein o

Nehmen oder haben Sie bereits Bisphosphonate eingenommen ? ja o nein o

**Hausarzt / Zahnarzt: Name, Adresse und Telefonnummer:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Medikamente:**

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

**Allergien:**

Gegen welche Materialien oder Medikamente besteht bei Ihnen der Verdacht einer Überempfindlichkeit?

\_\_\_\_\_

Besitzen Sie einen Allergiepass? ja o nein o

Gehen Sie regelmäßig zur Blutspende ? ja o nein o

**Herz- und Kreislauferkrankungen:**

Herzschwäche (Insuffizienz)? ja o nein o

Koronare Herzerkrankung, Angina pectoris? ja o nein o

Herzschrittmacher, Herzklappenersatz? ja o nein o

Sonstiges? \_\_\_\_\_

Zu hoher Blutdruck? ja o nein o

Zu niedriger Blutdruck? ja o nein o

Zustand nach Herzinfarkt? ja o nein o

Nehmen Sie gerinnungshemmende Medikamente ein? ja o nein o



IMPLANTATZENTRUM ALSTER

**Vegetative Erkrankungen:**

Ohnmachtsanfälle? ja o nein o

Nehmen Sie Aufputsch- oder Beruhigungsmittel? ja o nein o

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

**Stoffwechselerkrankungen:**

Zuckerkrankheit (Diabetesmellitus)? ja o nein o

Wenn bekannt, bitte den HbA1c (Langzeitwert) angeben: \_\_\_\_\_

Magen-, Darmerkrankungen? ja o nein o

Schilddrüsenerkrankungen? ja o nein o

**Erkrankungen des Nervensystems:**

Epileptiforme Anfälle? ja o nein o

Krämpfe? ja o nein o

**Bluterkrankungen:**

Blutungsneigung (Hämophilie)? ja o nein o

Blutarmut (Anämie)? ja o nein o

**Infektionskrankheiten:**

Chronische Erkrankungen der Atemwege, Husten etc. ? ja o nein o

Leberentzündungen / Gelbsucht (Hepatitis A,B und C) ? ja o nein o

Tuberkulose ? ja o nein o

Aids / HIV positiv ? ja o nein o

**Weitere Angaben:**

Sind Sie drogen- oder alkoholabhängig? ja o nein o

Rauchen Sie oder haben sie früher geraucht ? früher o jetzt o nein o

Wann haben Sie mit dem Rauchen angefangen? \_\_\_\_\_

Wieviel Zigaretten pro Tag? \_\_\_\_\_

Wann haben Sie mit dem Rauchen aufgehört, wenn überhaupt? \_\_\_\_\_

Datum

Unterschrift des Patienten oder des Erziehungsberechtigten

Krankenkasse bzw. Kostenträger:

## Angaben des Patienten

Name, Vorname, Anschrift des Patienten:

Geboren am

## Angaben des Rechnungsempfängers\*

Name, Vorname, Anschrift des gesetzlichen Vertreters/Rechnungsempfängers:

Geboren am

\* Eltern/Vormund/Betreuer bei Patienten unter 18 Jahren/Geschäftsunfähigen/  
beschränkt Geschäftsfähigen.

Weitere Informationen zur Verarbeitung Ihrer  
personenbezogenen Daten können Sie abrufen unter:  
[www.healthag.de/datenschutz](http://www.healthag.de/datenschutz)

# Einwilligungserklärung

**Der Patient erklärt, ggf. vertreten durch gesetzliche Vertreter mit Alleinvertretungsmacht:**

### Ich bin einverstanden

- mit der Weitergabe der zum Zwecke der Abrechnung und Geltendmachung von Forderungen aus der Behandlung erforderlichen Informationen, insbesondere von Daten aus den Patientenunterlagen (Name, Anschrift, Geburtsdatum, Befunde, Behandlungsdaten und -verläufe), an die EOS Health Honorarmanagement AG, Lübeckertordamm 1-3, 20099 Hamburg, kurz Health AG, sowie mit der dort erfolgenden Verarbeitung,
- mit der Rechnungsstellung durch die Health AG in eigenem Namen und auf eigene Rechnung,
- mit der Weitergabe der vorgenannten Informationen, insbesondere von Daten aus den Patientenunterlagen (s. o.), an die SPV Health Finanzierungs-GmbH, Joachimsthaler Straße 20, 10719 Berlin, kurz SPV,
- mit einer Abtretung der Forderung(en) an die Health AG und zum Zwecke der Refinanzierung mit einer Weiterabtretung der Forderung(en) durch die Health AG an die SPV

und entbinde insoweit meinen Behandler bzw. die Praxis/Klinik (vgl. Stempel) sowie die Health AG von der Schweigepflicht, sofern dies für die Geltendmachung der Forderung(en) durch die Health AG oder die SPV erforderlich ist. Ich weiß, dass Einwände gegen die Forderung(en) gegenüber der Health AG oder ggf. der SPV zu erheben und dabei unter Umständen Einzelheiten aus der Behandlung offenzulegen sind und mein Behandler bzw. die Praxis/Klinik im Rahmen einer möglichen Auseinandersetzung mit der Health AG oder ggf. der SPV als Zeuge vernommen werden kann.

Ich bin ferner damit einverstanden, dass mein Behandler bzw. die Praxis/Klinik oder die Health AG Informationen über meine Bonität bei Auskunfteien einholt. Zu diesem Zweck stellt z. B. die CRIF Bürgel GmbH (Radlkoferstraße 2, 81373 München) die in ihrer Datenbank zu meiner Person gespeicherten Adress- und Bonitätsdaten einschließlich solcher, die auf Basis eines wissenschaftlich anerkannten mathematisch-statistischen Verfahrens ermittelt werden, zur Verfügung, sofern mein Behandler bzw. die Praxis/Klinik oder die Health AG ein berechtigtes Interesse glaubhaft dargelegt hat. 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 meinem Behandler bzw. der Praxis/Klinik 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/ggf. gesetzlicher Vertreter

# Erläuterung zur umseitigen Einwilligungserklärung

## 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 den Partner unseres Vertrauens zu übergeben. Die EOS Health Honorarmanagement AG, kurz Health AG, ermöglicht 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 Datenschutzgrundverordnung (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. Bitte unterschreiben Sie hierfür diese Einwilligungserklärung.

Vielen Dank!

Ihr Praxis-/Klinikteam

EOS Health  
Honorarmanagement AG  
Patientenservice  
Lübeckertordamm 1–3  
20099 Hamburg

T +49 40 524 709-000  
F +49 40 524 709-020

info@healthag.de  
www.healthag.de





Implantatzentrum Alster  
Schwanenwik 14  
22087 Hamburg  
Tel: 040- 28807893  
Fax: 040-28807894

**Patientendaten:**

Name:

Vorname:

Anschrift:

Geb. am:

**Entbindung von der zahnärztlichen Schweigepflicht**

Hiermit entbinde ich Frau Dr. Leyli Behfar von ihrer ärztlichen Schweigepflicht.

Folgende Unterlagen/Röntgenbilder dürfen an den weiterbehandelnden  
Zahnarzt / Zahnärztin, Herrn / Frau \_\_\_\_\_  
oder meine private Versicherung die \_\_\_\_\_,  
übergeben / übersendet werden:

- 
- 
- 

---

Datum, Ort

Unterschrift / Unterschrift Erziehungsberechtigte/r