

## Liebe Patientin, lieber Patient,

vielen Dank, dass Sie zur Behandlung in unsere Praxis kommen. Diese wird nach dem Bestellsystem geführt. Das bedeutet für Sie in der Regel nur geringe Wartezeiten. Medizinisch notwendige, nicht vorhersehbare Behandlungsmaßnahmen können jedoch dazu führen, dass Termine nicht in jedem Fall exakt eingehalten werden. Dafür bitten wir um Ihr Verständnis. Wenn Sie einen mit uns vereinbarten Termin nicht einhalten können, so sagen Sie diesen bitte möglichst frühzeitig ab, d. h. spätestens 24 Stunden vorher. Kommen Sie aufgrund von unvorhersehbaren Notfällen (z. B. akute Schmerzen) in unsere Praxis, müssen Sie mit Wartezeiten rechnen.

Als gesetzlich krankenversicherte/-r Patient/-in müssen Sie uns bitte unbedingt die Krankenversichertenkarte spätestens 10 Tage nach Behandlungsbeginn vorlegen, da Ihnen ansonsten die Kosten für die Behandlung privat in Rechnung gestellt werden müssen. Als gesetzlich versicherte/-r Patient/-in haben Sie die Wahlmöglichkeit zwischen der kassenzahnärztlichen Behandlung über die Krankenversichertenkarte oder der Behandlung auf Privatrechnung gemäß § 13 SGB V (Kostenerstattung).

### Patient/-in Herr/Frau/Kind

Name	Vorname	geb.
Straße/Hausnr.		E-Mail*
Postleitzahl/Ort		Telefon oder Mobil

### Anschrift

### Mitglied/ggf. abweichender Zahlungspflichtige/-r (bei Kindern Erziehungsberechtigte/-r)

Name	Vorname	geb.
Straße/Hausnr.		E-Mail*
Postleitzahl/Ort		Telefon oder Mobil

### Anschrift

### Name des Kostenträgers (Krankenkasse oder Versicherung)

<input type="checkbox"/> Ich bin pflichtversichert	<input type="checkbox"/> Ich bin privat versichert	<input type="checkbox"/> Ich habe die Kostenerstattung nach §13 SGB V gewählt
<input type="checkbox"/> Ich bin freiwillig versichert	<input type="checkbox"/> Ich bin Standardtarif-Versicherte(r)	<input type="checkbox"/> Ich bin nicht versichert
<input type="checkbox"/> Ich bin beihilfeberechtigt	<input type="checkbox"/> Ich bin Basistarif-Versicherte(r)	<input type="checkbox"/> Ich bin zuschussberechtigt (Sozialamt, Versorgungsamt)
<input type="checkbox"/> Ich bin privat zusatzversichert		

### Beruf des Mitgliedes\*

Schüler/Student	Arbeitgeber
-----------------	-------------

### Anschrift des Arbeitgebers\*

Straße/Hausnr.	Postleitzahl/Ort	Telefon
----------------	------------------	---------

### Beruf des Patienten

Schüler/Student	Arbeitgeber
-----------------	-------------

### Anschrift des Arbeitgebers\*

Straße/Hausnr.	Postleitzahl/Ort	Telefon
----------------	------------------	---------

\* freiwillige Angaben

**Für Ihr Krankenblatt erbitten wir folgende Informationen, die der ärztlichen Schweigepflicht und dem Datenschutz unterliegen, und von uns streng vertraulich behandelt werden. Bitte teilen Sie unserer Praxis auch künftig Änderungen Ihres Gesundheitszustandes, Ihrer Adresse und Ihres Versicherungsstatus mit!**

**Bitte bei allen Fragen Zutreffendes ankreuzen.**

1. Hatten/haben Sie eine der folgenden Krankheiten?

a)	ja	nein		ja	nein		ja	nein
Asthma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bluterkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schilddrüsenkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Blutgerinnungsstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nierenfunktionsstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rheuma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Krankenhauskeim MRSA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Creutzfeldt-Jakob	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Osteoporose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Leberkrankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tumor/Karzinom/Krebs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TBC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hepatitis A/B/C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nehmen/nahmen Sie in diesem Zusammenhang Bisphosphonate?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HIV-Infektion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Epilepsie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

Ihr Hausarzt:

Name	Anschrift	Telefon
------	-----------	---------

b) Bestehen Allergien?  ja  nein Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Haben Sie einen Allergie-Pass?  ja  nein \_\_\_\_\_

c) Herzinfarkt  ja  nein

Schlaganfall  ja  nein

Lähmungen  ja  nein

Nehmen Sie blutverdünnende Mittel?  ja  nein Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

d) Blutdruck  niedrig  normal  hoch Ggf. Werte \_\_\_\_\_

2. Tragen Sie einen Herzschrittmacher?  ja  nein

3. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?  ja  nein Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

4. Rauchen Sie?  ja  nein

5. Schnarchen Sie?  ja  nein

6. Bestehen Suchtkrankheiten?  ja  nein Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

7. Besteht eine Schwangerschaft?  ja  nein  ungewiss Ggf. wievielte Woche \_\_\_\_\_

8. Liegt/lag eine Unfallverletzung im Mund-, Kiefer- oder Gesichtsbereich vor?  ja  nein Unfalldatum \_\_\_\_\_

Art. d. Verletzung \_\_\_\_\_

9. Sonstige Angaben/andere Krankheiten \_\_\_\_\_

10. Liegt eine Pflegebedürftigkeit im Sinne des § 15 SGB V vor?  ja  nein Wenn ja, welcher Schweregrad? \_\_\_\_\_

11. Legen Sie bei Bedarf Wert auf eine Behandlung unter örtlicher Betäubung?  ja  nein

**Bitte beachten Sie, dass die Fahrtüchtigkeit unter Einfluss von Medikamenten oder Injektionen zur örtlichen Betäubung für mehrere Stunden beeinträchtigt sein kann.**

12. Haben Sie einen Röntgenpass?  ja  nein

Wünschen Sie einen Röntgenpass?  ja  nein

Wann war die letzte Röntgenuntersuchung/Computertomographie? (Datum/Körperteil) \_\_\_\_\_

13. Haben Sie ein Bonusheft?  ja  nein

Wann wurde die letzte professionelle Zahnreinigung bei Ihnen durchgeführt? \_\_\_\_\_

**Wie/durch wen wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam:\*** \_\_\_\_\_

**Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner vorstehenden Angaben.**

Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift Patient/in oder Erziehungsberechtigte/r \_\_\_\_\_

*Dr. Dr. Stefan Eulitz & Dr. Dirk Wolfertz*  
*Ottostr. 55a 85521 Ottobrunn*

---

**Aufklärung und Einwilligung zur Lokalanästhesie ("örtliche Betäubung")**

NAME : \_\_\_\_\_ VORNAME : \_\_\_\_\_ Geb.: Datum: \_\_\_\_\_

Um eine schmerzfreie zahnärztliche Behandlung gewährleisten zu können, muss eine örtliche Betäubung (Lokalanästhesie) vorgenommen werden. Dazu wird durch eine Injektion ein Medikament (Lokalanästhetikum) in den Bereich des behandelten Zahnes (Oberkiefer) oder der versorgenden Nerven (Unterkiefer) verabreicht. Das Lokalanästhetikum führt zur vorübergehenden Ausschaltung der Schmerzempfindung. Wie jede ärztliche Behandlung ist auch die Durchführung der Lokalanästhesie mit einigen speziellen Risiken und Nebenwirkungen für den Patienten verbunden. Es können insbesondere folgende Komplikationen auftreten:

- Bluterguss
- Infektionen
- Schwellung
- Bewegungseinschränkungen der Kaumuskulatur
- Schädigung von Nerven (einschließlich Sensibilitätsstörungen = Kribbeln, Missempfindung, kein Gefühl)
- Allergische Reaktionen
- Herz-Kreislaufprobleme

Komplikationen treten insgesamt nur selten und meistens vorübergehend auf. In extrem seltenen Fällen kann die durch eine Lokalanästhesie verursachte Komplikation (u. a. Nervenschädigung, Sensibilitätsstörungen) jedoch auch dauerhaft bestehen bleiben.

Wir empfehlen ausdrücklich die Beachtung folgender wichtiger Verhaltensregeln nach einer Lokalanästhesie:

- Die Verabreichung eines Lokalanästhetikums kann u. U. zu einer vorübergehenden Einschränkung der Reaktionsfähigkeit führen. Deshalb weisen wir Sie darauf hin, dass nach einer Lokalanästhesie die Straßenverkehrstauglichkeit nicht mehr gewährleistet sein kann. Auch die Arbeit mit gefährlichen Maschinen und die verantwortliche Aufsicht über betreuungsbedürftige Personen (z.B. Kinder) muss dann unterlassen werden.
- Solange die Wirkung der Lokalanästhesie besteht (meist ca. 2-3 Stunden) sollte der Patient nicht essen. Durch die Wirkung der Lokalanästhesie können während des Kauens Verletzungen an den Weichteilen der Mundhöhle (z.B. Lippen, Wange) entstehen, ohne dass Sie es bemerken.

Nachdem ich im Rahmen der Aufklärungspflicht über mögliche Komplikationen und notwendige Verhaltensregeln aufgeklärt worden bin, erkläre ich mich damit einverstanden, dass bei mir / meinem Kind eine Lokalanästhesie ("örtliche Betäubung") vorgenommen wird. Meine Fragen wurden beantwortet. Eine Aufklärung über weitere Einzelheiten wünsche ich nicht, bzw. erfolgte soweit ich es wünschte. Ich versichere, dass ich in der Krankenvorgeschichte alle mir bekannten Leiden und Beschwerden genannt habe.

Ottobrunn, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der/des Patientin/en

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der/des Ärztin/Arztes

**Zahnarztpraxis  
Dr. Dr. Stefan Eulitz & Dr. Dirk Wolfertz  
Ottostr. 55a  
85521 Ottobrunn**

Liebe Patientin, lieber Patient,

bei mehrmals unentschuldigtem Fehlen erlauben wir uns,  
Ihnen eine Ausfallrechnung in Höhe von 20,-€ je angefangener  
halben Stunde zu berechnen.

Wir bitten um Ihr Verständnis.

---

Datum

---

Unterschrift des Patienten oder Erziehungsberechtigten

---

Liebe Patientin, lieber Patient,

wir möchten Sie bitten, uns zukünftige Änderungen Ihrer Gesundheitssituation  
und – risiken mitzuteilen.

Vielen Dank

---

Datum

---

Unterschrift des Patienten oder Erziehungsberechtigten

---

Liebe Patientin, lieber Patient,

in unserem Wartezimmer liegt bei Interesse für Sie unsere Transparenzerklärung  
(Informationen zur Erhebung personenbezogener Daten) aus.

---

Datum

---

Unterschrift des Patienten oder Erziehungsberechtigten

Patient/-in (Name, Vorname und Anschrift)

		Geburtsdatum

Name, Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_

PLZ, Ort \_\_\_\_\_

Stellung zur Patientin / zum Patienten:

Elternteil\*\*  Betreuer/-in  Ehegattin/-gatte

oder \_\_\_\_\_

Pflichtfeld – per Hand ausfüllen oder per EDV bedrucken.  
Haben sich Ihre Daten geändert? Sprechen Sie uns bitte an.

\*\* Bei gemeinsamem Sorgerecht wird die nachstehende Erklärung auch im Namen des anderen Elternteils abgegeben.

# Einverständniserklärung

Ich erkläre mich einverstanden mit der

- » Weitergabe der zur Abrechnung und Geltendmachung der Forderungen jeweils erforderlichen Informationen, insbesondere von Daten aus der Patientenakte (Name, Geburtsdatum, Anschrift, Befunde, Behandlungsdaten und -verläufe), an die ABZ Zahnärztliches Rechenzentrum für Bayern GmbH (ABZ-ZR) und der dort vorzunehmenden Verarbeitung dieser Daten.
- » möglichen Einholung einer Information durch ABZ-ZR bei einer Auskunft zur Prüfung meiner Bonität. Die Praxis und/oder ABZ-ZR teilen auf Nachfrage Name und Adresse der Auskunft mit.
- » Abtretung der sich aus der Behandlung ergebenden Forderungen an ABZ-ZR.
- » im Rahmen der Refinanzierung erfolgenden Weiterabtretung der Forderungen durch ABZ-ZR an die DZ BANK AG Deutsche Zentral-Genossenschaftsbank, Frankfurt am Main (DZ BANK), wobei mir bewusst ist, dass die DZ BANK in diesem Zusammenhang Einsicht in die von der Praxis erteilten, erforderlichen Informationen gemäß dem ersten Absatz verlangen könnte.

Ich wurde darüber aufgeklärt, dass ABZ-ZR die Leistungen meiner Praxis mir gegenüber im eigenen Namen in Rechnung stellen und für sich geltend machen wird. Sollte es über die Berechtigung der Forderungen unterschiedliche Auffassungen geben, kann die Zahnärztin/Ärztin, der Zahnarzt/Arzt in einer etwaigen Auseinandersetzung als Zeugin/Zeuge gehört werden.

Ich entbinde meine Zahnärztin/Ärztin, meinen Zahnarzt/Arzt sowie ABZ-ZR von der Schweigepflicht, soweit dies für die Abrechnung, Prüfung und Geltendmachung der Forderungen erforderlich ist; auch zugunsten der DZ BANK.

Diese Zustimmung kann jederzeit – allerdings nur mit Wirkung für die Zukunft – widerrufen werden. Der Widerruf ist entweder gegenüber der Praxis oder ABZ-ZR zu erklären.

Umseitige Informationen zum Datenschutz habe ich zur Kenntnis genommen. Eine Kopie dieser Einverständniserklärung habe ich erhalten.

\_\_\_\_\_

Ort / Datum

**X** \_\_\_\_\_

Unterschrift Patient/-in bzw. gesetzl. Vertreter/-in\*  
und ggf. abweichende/-r Rechnungsempfänger/-in  
\* bei Personen unter 18 Jahren/Geschäftsunfähigen/beschränkt  
Geschäftsfähigen

\_\_\_\_\_

Praxisstempel



ABZ Zahnärztliches Rechenzentrum für Bayern GmbH  
Oppelner Straße 3 | 82194 Gröbenzell

ABZ\_EE-1\_V12 11/20-240000

Bitte händigen Sie Ihren Patienten eine Zweitschrift aus.