

Anmeldeformular

Unser Ziel ist es, dass Sie sich bei uns rundum wohlfühlen. Sollten daher von Ihrer Seite Wünsche oder Fragen aufkommen, so sprechen Sie uns bitte darauf an!

Patient:

Name Vorname
Geburtsdatum

Versicherter:

Name Vorname Geburtsdatum

Anschrift:

Straße PLZ, Ort

Tel.- Privat

Mobil Nr.

Tel.- tagsüber

E-Mail Adresse

Ich habe einen gerichtlich bestellten Betreuer. (Bitte Kopie vom Betreuerausweis beilegen)

Pflegegrad: _____

Krankenkasse:

gesetzlich versichert: _____ (o freiwillig versichert o pflichtversichert)

Zusatzversicherung: _____

privat versichert: _____ (o freiwillig versichert o pflichtversichert)

Basistarifversichert: bis Faktor: _____ // Die versicherte Person ist nach § 9 Abs. 5 2009 (Allgemeine Versicherungsbedingungen für den Basistarif) verpflichtet, gegenüber den in § 4 Absätzen 2 bis 4 genannten Leistungserbringern unter **Vorlage** des vom Versicherer **ausgehändigten Ausweises** auf ihren Versicherungsschutz im Basistarif hinzuweisen.

Arbeitgeber: _____ **Beruf:** _____

Name Ihres Hausarztes: _____

Wie wurden Sie auf uns aufmerksam? _____

Haben Sie Allergien oder eine Intoleranz? (z.B. Laktose-, Sorbitintoleranz oder Amalgamallergie -Allergiepass)

Nehmen Sie zur Zeit Medikamente? Wenn ja welche?

Möchten Sie, dass Fremdmaterialien, zum Beispiel Füllungsstoffe und Zahnersatzmaterialien bei Ihnen bioenergetisch oder mittels Blutprobe auf Verträglichkeit getestet werden?

Ja Nein

Wünschen Sie eine umweltmedizinische Diagnostik? (Kosten für 1 Std. ca. 280€)

Ja Nein

↳ Wir informieren Sie gerne!

Allgemeine Krankenvorgeschichte:

Herzerkrankungen	Herzschwäche (Insuffizienz)	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
	Unregelmäßiger Herzschlag (Arrhythmien)	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
	Herzasthma, Angina pectoris	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
	Herzschrittmacher	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Kreislaferkrankungen	zu hoher Blutdruck	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
	zu niedriger Blutdruck	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
	Herzinfarkt, wann? _____	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
	Einnahme gerinnungshemmender Medikamente (z.B. Elequis) Welches genau? _____	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
	Ohnmachtsanfälle	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Stoffwechselerkrankungen	Zuckerkrankheit (Diabetes)	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
	Magen-Darm-Erkrankungen	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
	Schilddrüsenerkrankungen	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Infektionskrankheiten	Leberentzündung/Gelbsucht (Hepatitis A/B)	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
	Tuberkulose	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
	AIDS, HIV	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Immunsystem	Leiden Sie unter Erkrankungen des Immunsystems? Wenn ja, unter welchen? _____	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Sonstige	Bisphosphonat-Therapie	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein

Welche operativen Eingriffe wurden durchgeführt und wann?

Mandeln/Polypen	
Kieferhöhle (Knochenaufbau für Implantate?)	
Blinddarm	
Unterleib	
Schilddrüse	
Galle	
Weitere	
Unfälle	

Allgemeine Fragen:

Knirschen oder pressen Sie mit Ihren Zähnen?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> gelegentlich
Stellen Sie gelegentlich beim Zähneputzen Zahnfleischbluten fest?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> gelegentlich
Leiden Sie unter Kopfschmerzen oder Migräne?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> gelegentlich
Haben sie Verspannungen an der Nacken- oder Schultermuskulatur?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> gelegentlich
Sind Sie Raucher?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> gelegentlich

Für Frauen: Sind Sie schwanger? (Welcher Monat?: _____)

Ja Nein

Recall:

Bitte weisen Sie mich rechtzeitig auf meinen nächsten fälligen Kontrolltermin hin.

Ja Nein

Bei „Ja“, bitte Intervall ankreuzen:

6 Monate

12 Monate

Ich erkläre mich hiermit einverstanden, dass ich in fest vereinbarten Zeiträumen von meiner Zahnarztpraxis schriftlich per Post benachrichtigt werde, um einen Termin für meine Kontrolluntersuchung und/oder professionelle Zahnreinigung zu vereinbaren. *Wenn Sie nach dreimaligem Anschreiben keinen Termin vereinbaren, gehen wir davon aus, Sie aus der Erinnerungskartei streichen zu dürfen.*

Zu Ihrer Information:

Aufklärung zur Datenverarbeitung gemäß DS-GVO

Der Gesundheitszustand kann Einfluss auf die zahnärztliche Behandlung haben. Wir bitten Sie daher, den Fragebogen vollständig auszufüllen. Ihre Angaben werden streng vertraulich behandelt und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Mit Ihrer Unterschrift willigen Sie auch für sich bzw. Ihren Angehörigen in die Datenverarbeitung in unserer Praxis gemäß dem Merkblatt „Patienteninformation zum Datenschutz gemäß DS-GVO“ ein. Das Merkblatt wird Ihnen zur Einsicht ausgehändigt, auf Wunsch erhalten Sie einen Ausdruck.

Die von Ihnen angegebenen personenbezogenen Daten, insbesondere Name, Anschrift, Telefonnummer, Krankenversicherungsverhältnis, die allein zum Zweck der Durchführung des von Ihnen gewünschten Behandlungsverhältnisses notwendig und erforderlich sind, werden auf Grundlage gesetzlicher Berechtigungen erhoben. Angaben zu Beruf und Arbeitgeber erfolgen freiwillig. Wir erheben weiterhin Daten zu Ihrem Gesundheitszustand, die für unsere Behandlung relevant sind. Diese Daten und Aufzeichnungen über Ihre Behandlung, diagnostische Unterlagen usw. werden bei uns elektronisch gespeichert.

Datenweitergabe: Ihre Daten werden von uns nicht weitergegeben, außer es ist gesetzlich vorgeschrieben oder Sie stimmen der Datenweitergabe zu.

Jedoch können Daten zu Zwecken der Qualitätssicherung herangezogen werden. Weitere Informationen zur Datenverarbeitung erhalten Sie unter folgendem Link: <https://www.g-ba.de/beschluesse/4036/>.

Gesetzlich Versicherte/Patienten mit Arbeitsunfällen: Der Gesetzgeber schreibt eine umfangreiche Datenerfassung, -Weitergabe und Auskünfte zum Zwecke der Abrechnung und Prüfung vor. Wir halten uns an den gesetzlichen Rahmen.

Private Krankenversicherungen, Beihilfe: Auskünfte an Kostenträger erfolgen nur mit Ihrer ausdrücklichen Zustimmung.

Andere Ärzte/Zahnärzte/Kliniken: Daten werden – außer bei einem medizinischen Notfall – nur mit Ihrer Zustimmung weitergegeben, z. B. bei einer Überweisung.

Zahntechnische Labore: Es werden zum Zwecke der Rechnungsstellung Ihr Name und Ihr Vorname übermittelt, für Anfertigungen des Zahnersatzes ggf. elektronische Bilddateien Ihrer Behandlungssituation und Ihr Alter. Unsere Partner unterliegen ebenfalls der Schweigepflicht.

Inkasso: Rechnungen werden entweder von uns erstellt und verbucht oder an unsere externe Abrechnungsgesellschaft weitergeleitet. (siehe Einverständniserklärung der ZA AG) Befinden Sie sich mit der Zahlung einer Rechnung schuldhaft im Verzug, so behalten wir und die Abrechnungsgesellschaft ZA AG uns vor, die notwendigen Daten zu Beitreibung an ein Inkassobüro, einen Anwalt oder ein Gericht weiterzugeben.

Software Dienstleister: Zum Zwecke der Wartung unseres Computersystems kann es erforderlich sein, externen Dienstleistern Zugriff auf unser System zu gewähren. Die Dienstleister wurden von uns zur Geheimhaltung verpflichtet und dürfen Daten aus unserem System nicht speichern oder weitergeben.

Ihre Rechte: Auskunft, Berichtigung, Löschung und Sperrung, Widerspruchsrecht

Sie sind gemäß §15 DS-GVO jederzeit berechtigt, umfangreiche Auskunft zu den, zu Ihrer Person gespeicherten Daten zu erhalten. Gemäß § 1 DS-GVO können Sie jederzeit uns gegenüber die Berechtigung, Löschung und Sperrung einzelner, personenbezogener Daten verlangen.

Sie können darüber hinaus jederzeit ohne Angabe von Gründen von Ihrem Widerspruchsrecht Gebrauch machen und erteilte Einwilligungserklärungen mit Wirkung für die Zukunft abändern oder gänzlich widerrufen. Sie können den Widerruf entweder postalisch, per E-Mail oder per Fax an uns übermitteln.

Daten, für die eine gesetzliche Aufbewahrungspflicht besteht, insbesondere Behandlungsdaten können erst nach Ablauf der dafür vorgesehenen Frist gelöscht werden. Der Gesetzgeber schreibt in Deutschland vor, dass Aufzeichnungen über Behandlungen durch uns auch auf Ihren Wunsch nicht geändert werden dürfen.

Es ist mir bekannt, dass für zahnärztliche Leistungen eine Erstattung durch Erstattungsstellen möglicherweise nicht bzw. nicht in vollem Umfang gewährleistet ist.

Bitte bringen Sie zu Ihrem Termin Ihre Versicherungskarte, das Bonusheft und wenn möglich einen Ausdruck Ihres Medikamentenplans (vom Hausarzt) mit.

Wir bedanken uns recht herzlich für Ihre Mithilfe!

Datum: _____ Unterschrift: _____
(Patient/Erziehungsberechtigter)

ZÄ Eva-Christina Neumann
Dr. Marie-Charlott Neumann

Eichstätter Straße 5, 91781 Weißenburg
Tel. 09141 - 4705

ganzheitliche-zahnmedizin-neumann.de
info@ganzheitliche-zahnmedizin-neumann.de

Vereinbarung zum Ausfallhonorar bei Nicht-Erscheinen oder
kurzfristiger Absage eines geplanten Behandlungstermins
(gemäß § 615 BGB)

zwischen

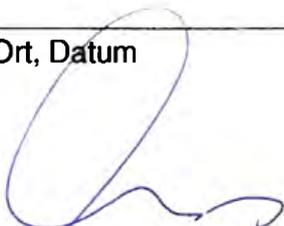
ZÄ Eva-Christina & Dr. Marie-Charlott Neumann und _____
Patient/in

Sie kommen zur Zahnarztbehandlung in eine Praxis, die nach Bestellsystem geführt wird. Dies bedeutet, dass die vereinbarte Zeit ausschließlich für Sie reserviert ist. Wenn Sie die vereinbarten Termine nicht einhalten können, müssen Sie diese spätestens 24 Stunden vorher absagen, damit wir die für Sie vorgesehene Zeit noch anderweitig verplanen können.

Diese Vereinbarung dient nicht nur der Vermeidung von Wartezeiten im organisatorischen Sinne, sondern begründet zugleich beiderseitige vertragliche Pflichten.

Die Ausfallgebühr beträgt **35,00 € je ¼ Std.** und kann für die vorgesehene Zeit und die Vergütung bzw. die ungenutzte Zeit gemäß **§ 615 BGB** in Rechnung gestellt werden - es sei denn, an dem Versäumnis des Termins trifft Sie kein Verschulden. Es wird vereinbart, dass ansonsten Annahmeverzug dadurch eintritt, dass der vereinbarte Termin nicht fristgerecht abgesagt oder eingehalten wird.

Ort, Datum



Unterschrift Zahnärztin

Ort, Datum

Unterschrift Zahlungspflichtiger

Zeit für's **W**esentliche: **D**ie **B**ehandlung unserer **P**atienten!

Patientenname:

Liebe Patientin, lieber Patient,

wir möchten Ihnen unsere volle Aufmerksamkeit schenken und uns auf Ihre Behandlung konzentrieren. Deshalb haben wir uns entschieden unsere Patienten – Buchhaltung und Behandlungsabrechnung an das externe Abrechnungsbüro Dental Expertise® Dortmund, den Partner unseres Vertrauens, zu übergeben.

Die Daten werden gemäß dem Bundesdatenschutzgesetz vertraulich behandelt und nicht an Dritte weitergegeben. Die Zusammenarbeit mit Dental Expertise® Dortmund ermöglicht uns eine unkomplizierte und korrekte Bearbeitung Ihrer Behandlungsabrechnungen und entlastet uns in der Verwaltung.

So schaffen wir Freiräume für das Wesentliche und gewinnen wertvolle Zeit für Sie!

Um die Abrechnung auslagern zu können, benötigen wir Ihr schriftliches Einverständnis. Daher bitten wir Sie um Ihre Zustimmung durch Unterzeichnung dieser Einwilligung.

Herzlichen Dank!

Einwilligungserklärung

Hiermit erkläre ich mich mit der Weitergabe meiner Patientenunterlagen zum Zwecke der Abrechnung ausdrücklich einverstanden. Dazu entbinde ich meine zahnärztliche Praxis von ihrer ärztlichen Schweigepflicht. Dieses Einverständnis gilt für alle zukünftigen Behandlungen und ist jederzeit schriftlich widerrufbar.

Weißenburg,.....

Ort, Datum

.....

Unterschrift Patient/-in

Dental Expertise® Dortmund ▪ Kapellenstraße 28a ▪ 59846 Sundern

www.dentalexpertise.de ▪ info.matic@dentalexpertise.de ▪ Tel.: 02935-6199660 ▪ Fax: 02935-6209994

DENTAL EXPERTISE®
Wir machen Ihre Abrechnung

Nachname

Vorname

Geburtsdatum

Anschrift

Pflichtfeld – per Hand ausfüllen oder per EDV bedrucken

Einverständniserklärung

Ggf. gesetzliche(r) Vertreter(in) oder abweichender Rechnungsempfänger:

Bei Personen unter 18 Jahren/Geschäftsunfähigen/beschränkt Geschäftsfähigen

Titel, Vorname, Nachname

Geburtsdatum

Straße, Hausnr.

PLZ, Ort

Einwilligung zur Forderungsabtretung

Ich erkläre mich einverstanden,

- dass mein Zahnarzt die sich aus meiner Behandlung ergebenden Forderungen an die ZA Zahnärztliche Abrechnungsgesellschaft Düsseldorf, AG, Werftstr. 21, 40549 Düsseldorf (kurz ZA AG) abtritt
- und dass die ZA AG diese Forderungen an die Deutsche Apotheker- und Ärztebank eG (kurz apoBank) weiter abtritt.

Entbindung von der Schweigepflicht

- Ich entbinde meinen Zahnarzt von seiner ärztlichen Schweigepflicht und erkläre mich mit der Weitergabe der erforderlichen Daten (Name, Geburtsdatum, Anschrift, Behandlungsdaten und -verläufe, Gebührensätze, bei gewünschten Stellungnahmen für Ihren Kostenträger auch Diagnosen) an die ZA AG einverstanden.
- Ich bin damit einverstanden, dass nach der Abtretung der Forderung allein die ZA AG forderungsberechtigt ist und deshalb Einwände gegen die Forderung – auch soweit sie sich aus der Behandlung und der Krankengeschichte ergeben – gegenüber der ZA AG zu erheben sind und im Streitfall der mich behandelnde Zahnarzt als Zeuge vernommen werden kann.
- Ich willige ein, dass die ZA AG Bonitätsauskünfte bei einer Kreditschutzorganisation einholt und dazu meinen Namen, mein Geburtsdatum und meine Anschrift an die Organisation übermittelt sowie ein internes Bonitätstool nutzt.

Bestätigung

- Ich bestätige, dass ich die oben stehende Patienteninformation der ZA AG zur Kenntnis genommen habe.
- Mir ist bekannt, dass ich meine Einverständniserklärung für zukünftige Behandlungen widerrufen kann. Für die laufende Behandlung ist dies solange möglich, wie mein Zahnarzt meine Behandlungsdaten noch nicht an die ZA AG weitergeleitet hat.
- Eine Durchschrift dieser Erklärung habe ich erhalten.

Ort, Datum

Unterschrift

Praxisstempel

Nachname

Vorname

Geburtsdatum

Anschrift

Pflichtfeld – per Hand ausfüllen oder per EDV bedrucken

Einverständniserklärung (Duplikat für den Patienten)

Ggf. gesetzliche(r) Vertreter(in) oder abweichender Rechnungsempfänger:

Bei Personen unter 18 Jahren/Geschäftsunfähigen/beschränkt Geschäftsfähigen

Titel, Vorname, Nachname

Geburtsdatum

Straße, Hausnr.

PLZ, Ort

Einwilligung zur Forderungsabtretung

Ich erkläre mich einverstanden,

- dass mein Zahnarzt die sich aus meiner Behandlung ergebenden Forderungen an die ZA Zahnärztliche Abrechnungsgesellschaft Düsseldorf, AG, Werftstr. 21, 40549 Düsseldorf (kurz ZA AG) abtritt
- und dass die ZA AG diese Forderungen an die Deutsche Apotheker- und Ärztebank eG (kurz apoBank) weiter abtritt.

Entbindung von der Schweigepflicht

- Ich entbinde meinen Zahnarzt von seiner ärztlichen Schweigepflicht und erkläre mich mit der Weitergabe der erforderlichen Daten (Name, Geburtsdatum, Anschrift, Behandlungsdaten und -verläufe, Gebührensätze, bei gewünschten Stellungnahmen für Ihren Kostenträger auch Diagnosen) an die ZA AG einverstanden.
- Ich bin damit einverstanden, dass nach der Abtretung der Forderung allein die ZA AG forderungsberechtigt ist und deshalb Einwände gegen die Forderung – auch soweit sie sich aus der Behandlung und der Krankengeschichte ergeben – gegenüber der ZA AG zu erheben sind und im Streitfall der mich behandelnde Zahnarzt als Zeuge vernommen werden kann.
- Ich willige ein, dass die ZA AG Bonitätsauskünfte bei einer Kreditschutzorganisation einholt und dazu meinen Namen, mein Geburtsdatum und meine Anschrift an die Organisation übermittelt sowie ein internes Bonitätstool nutzt.

Bestätigung

- Ich bestätige, dass ich die oben stehende Patienteninformation der ZA AG zur Kenntnis genommen habe.
- Mir ist bekannt, dass ich meine Einverständniserklärung für zukünftige Behandlungen widerrufen kann. Für die laufende Behandlung ist dies solange möglich, wie mein Zahnarzt meine Behandlungsdaten noch nicht an die ZA AG weitergeleitet hat.
- Eine Durchschrift dieser Erklärung habe ich erhalten.

Ort, Datum

Unterschrift

Praxisstempel

Hinweis:
Streichungen und/oder Änderungen der vorstehenden Erklärungen machen die Einverständniserklärung unwirksam.

Patienteninformation

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Ihr/e Zahnarzt/Zahnärztin (im Folgenden: Zahnarzt) arbeitet mit uns, der ZA Zahnärztlichen Abrechnungsgesellschaft Düsseldorf, AG (kurz ZA AG) zusammen. Informationen zu uns erhalten Sie im Internet unter www.die-za.de oder direkt von uns:

ZA Zahnärztliche Abrechnungsgesellschaft Düsseldorf, AG
Werftstr. 21
40549 Düsseldorf
Telefon: 0211 56 93 - 0
E-Mail: info@zaag.de

Unser Datenschutzbeauftragter:

ZA Zahnärztliche Abrechnungsgesellschaft Düsseldorf, AG
Prof. Dr. Ulf Vormbrock
Werftstr. 21
40549 Düsseldorf
E-Mail: datenschutz@zaag.de

Damit wir für Ihren Zahnarzt tätig werden können, benötigen wir Ihr freiwilliges Einverständnis gemäß Art. 9 Abs. 2 Nr. 1 DSGVO. Wenn Sie keine Abrechnung über uns wünschen, teilen Sie Ihrem Zahnarzt dies bitte sogleich mit. In diesem Fall wird er sein Honorar selbst abrechnen.

Sie können Ihre Einverständniserklärung für zukünftige Behandlungen widerrufen. In diesem Fall rechnet Ihr Zahnarzt seine Leistungen ebenso direkt mit Ihnen ab. Bei der aktuellen Behandlung ist ein Widerruf Ihrer Einverständniserklärung solange möglich, wie Ihr Arzt uns Ihre Behandlungsdaten noch nicht übermittelt hat.

Ihr Zahnarzt erhebt personenbezogene Daten und speichert diese in seinem EDV-System. Hierbei handelt es sich um Daten, die für eine Kommunikation mit Ihnen notwendig sind (Name, Adresse, Telefon, E-Mail etc.). Des Weiteren speichert Ihr Zahnarzt Daten, die sich auf Ihre Person (Geschlecht, Alter etc.), auf die Behandlung und die durchgeführten ärztlichen Maßnahmen (Behandlungsdaten gemäß Art. 9 Abs. 1 DSGVO) beziehen. Dies ist wichtig, da Ihr Zahnarzt nur so seine Tätigkeiten nach der gesetzlichen Gebührenordnung korrekt abrechnen kann. Als Abrechnungsstelle erhalten wir von Ihrem Zahnarzt Ihren Namen, Ihre Adresse und eine Darstellung der durchgeführten Behandlungsmaßnahmen und Labordaten. Diagnosen werden nur übermittelt, wenn dies im Rahmen von Erstattungs-Bearstandungen seitens Kostenträger erforderlich ist, z. B. um die medizinische Notwendigkeit einer Behandlung zu erläutern.

Wir finanzieren unsere Leistungen durch eine Abtretung sämtlicher Forderungen an die Deutsche Apotheker- und Ärztebank eG (apoBank). Personenbezogene Daten werden hierbei jedoch nicht an die apoBank weitergeleitet.

Wir zahlen nach der Behandlung unmittelbar an Ihren Zahnarzt und möchten uns daher absichern. Aus diesem Grund holen wir vor der Behandlung Bonitätsauskünfte über Sie bei Kreditschutzorganisationen ein, wenn Sie uns hierfür Ihr Einverständnis gemäß Art. 9 Abs. 2 Nr. 1 DSGVO erteilen. In diesem Fall übermitteln wir Ihren Namen, Ihr Geburtsdatum und Ihre Anschrift an die Kreditschutzorganisation. Wenn Sie dies jedoch nicht möchten, sprechen Sie bitte Ihren Zahnarzt direkt an. Er wird dann seine Leistungen selbst abrechnen.

Ihre Daten werden für eine Zeit von bis zu 10 Jahren gespeichert, da diese Daten als Bestandteil unserer Buchhaltung aufbewahrungspflichtig sind. Sie können verlangen, dass wir Ihnen bezüglich Ihrer Daten umfassend Auskunft erteilen. Ferner sind Sie berechtigt, von uns zu verlangen, dass Ihre Daten berichtigt, gesperrt, gelöscht und/oder übertragen werden. Es gelten die Art. 15 f. DSGVO. Darüber hinaus arbeiten wir intern mit einem softwarebasierten Bonitätstool (ZA:riskmanager). Dieses ermittelt aufgrund von personenbezogenen Daten automatisiert eine Einschätzung, ob und inwieweit eine Forderung Ihnen gegenüber erfolgreich durchgesetzt werden kann. Auch hierfür bitten wir Sie um Ihr Einverständnis gemäß Art. 6 Abs. 1 lit. a DSGVO.

Sie haben das Recht, sich bei der zuständigen Datenschutzbeauftragten des Landes Nordrhein-Westfalen in Düsseldorf zu beschweren:

Landesbeauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit Nordrhein-Westfalen
Kavalleriestr. 2-4
40213 Düsseldorf
Telefon: 0211 38 424 - 0
Fax: 0211 38 424 - 10
E-Mail: poststelle@ldi.nrw.de

Besondere Hinweise bei der Behandlung von Kindern und Jugendlichen

Bei der Behandlung von Kindern und Jugendlichen erhebt Ihr Zahnarzt sowohl die von ihm benötigten personenbezogenen Daten (Name, Geburtsdatum) des Kindes/Jugendlichen als auch die personenbezogenen Daten der gesetzlichen Vertreter. Soweit diese Daten zur Abrechnung der ärztlichen Leistungen erforderlich sind, leitet Ihr Zahnarzt diese an uns weiter. Wir speichern die übermittelten Daten zu Zwecken der Abrechnung; wir verwenden sie auch zur Ermittlung des Ausfallrisikos und leiten die Daten der gesetzlichen Vertreter vor der Behandlung an die Kreditschutzorganisationen weiter. Wenn Sie das nicht möchten, teilen Sie dies Ihrem Zahnarzt bitte sogleich mit. Er rechnet dann direkt mit Ihnen ab.

Mit besten Grüßen

Ihre **ZA Zahnärztliche Abrechnungsgesellschaft Düsseldorf, AG**