

Anmeldebogen für gesetzlich Versicherte

Nachname (Patient)

Vorname (Patient)

Geburtsdatum (Patient)

Nachname (Versicherter)

Vorname (Versicherter)

Geburtsdatum (Versicherter)

PLZ

Wohnort

Straße und Hausnummer

Handy (Eltern):

Handy (Patient):

Telefon:

E-Mail:

Beruf:

Arbeitgeber:

Wer ist verpflichtet die Rechnungen für die kieferorthopädische Behandlung zu übernehmen?

Mutter

Vater

Versicherter

Nachname

Vorname

Geburtsdatum

PLZ

Wohnort

Straße und Hausnummer

Telefon/Handy:

Ort/Datum

Unterschrift des Patienten/Erziehungsberechtigten/Versicherten

Ich bin damit einverstanden:

- dass, bestimmte kieferorthopädische Tätigkeiten, vom behandelnden Arzt an qualifiziertes und zertifiziertes Fachpersonal delegiert werden dürfen.
- dass, ggf. Unterlagen (Abdrücke, Röntgenbilder, Fotos) zur Erstellung eines Behandlungs-/Therapieplanes angefertigt werden müssen und diese mit 20 % bzw. 10 % in Rechnung gestellt werden.

Ort/Datum

Unterschrift des Patienten/Erziehungsberechtigten/Versicherten



Datenschutzinformation

Sehr geehrte Patientinnen und Patienten,
gemäß dem neuen Datenschutzrecht sind wir verpflichtet, Sie zum Thema „Datenschutz“ aufzuklären.

Informationen zum praxisinternen Umgang mit der aktuellen Datenschutzgrundverordnung

In unserer Praxis werden von Beginn an Patientendaten erhoben, verarbeitet und elektronisch gespeichert. Innerhalb unserer Praxis, haben alle ärztlichen und nichtärztlichen Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen den Zugang zu Ihren Patientendaten. Alle Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen sind zum Datenschutz verpflichtet und haben zu Beginn Ihres Arbeitsverhältnisses in unserer Praxis eine Schweigepflichterklärung unterzeichnet.

Einwilligungserklärung

Datenschutzmaßnahmen zum Schutz Ihrer Patientendaten

Wenn es zu einer Beratung oder Behandlung in unserer Praxis kommt, fordern wir ggf. Ihre Patientendaten bei mitbehandelnden Kollegen an bzw. übermitteln Ihre Patientendaten ggf. an mitbehandelnde oder weiterbehandelnde Kollegen, weil sie von uns bzw. den Kollegen benötigt werden. Bei den mitbehandelnden Kollegen kann es sich z. B. um Zahnärzte, Physiotherapeuten, Logopäden, Kieferchirurgen und Kliniken handeln. Bei den übermittelten Patientendaten kann es sich z. B. um Arztbriefe, Befundberichte oder Röntgenbilder handeln.

Ich willige ein

Ich willige nicht ein

Die in unserer Praxis erhobenen, verarbeiteten und gespeicherten Patientendaten werden von uns ggf. an folgende Dienstleister mit denen wir zusammenarbeiten übermittelt: KFO – Softwarefirma, H&K Wrederstraße 11, 90431 Nürnberg; KZV BW, Bezirksdirektion Tübingen, Bismarckstr. 96, 72772 Reutlingen; IT-Firmenbetreuung, BCP Computersysteme GmbH, Marktplatz 1-3, 88677 Markdorf; Ihre Krankenkasse und ggf. Gutachter.

Ich willige ein

Ich willige nicht ein

Ich verpflichte mich Veränderungen sofort der Praxis Dr. Rheinheimer mitzuteilen!

Ort/Datum

Unterschrift des Patienten/Erziehungsberechtigten/Versicherten