



Tübingen

Zahnärztliches Versorgungszentrum  
Tübingen GmbH

**Liebe Patientin, lieber Patient,**

Bitte nehmen Sie sich einige Minuten Zeit für die wichtigsten Basisinformationen zu Ihren persönlichen Daten, Ihrer Versicherung und Ihrer Gesundheit.

Ihr

Univ.-Prof. Dr. Rainer Hahn



# Aufnahmebogen/Behandlungsvertrag

Im Interesse einer komplikationslosen Behandlung bitten wir Sie, folgende Fragen zu beantworten. Alle Angaben sind streng vertraulich und unterliegen der Schweigepflicht.

## Patient

Nachname \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_ Geburtstag \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Geburtsort \_\_\_\_\_

## Versicherter

Nachname \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_ Geb. \_\_\_\_\_

## Anschrift

Straße, Nr. \_\_\_\_\_

PLZ / Ort \_\_\_\_\_

Fon (Privat) \_\_\_\_\_ Fon (Geschäftlich) \_\_\_\_\_

Fon (Mobil) \_\_\_\_\_

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

Beruf \_\_\_\_\_

**Gesetzlich versichert (welche):** \_\_\_\_\_

**Private Zusatzversicherung (welche):** \_\_\_\_\_

**Privat versichert (welche):** \_\_\_\_\_

**Beihilfeberechtigt ( %)**  Ja  Nein

## Privatrechnung an

(bei Kindern bitte den Erziehungsberechtigten eintragen)

Versicherter / Rechnungsgempfinger \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Rechnungsanschrift  
(falls abweichend) \_\_\_\_\_

**Was führt Sie zu uns, was ist Ihr Hauptanliegen?** \_\_\_\_\_

**Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?** \_\_\_\_\_

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Internetsuche              | <input type="checkbox"/> Homepage              |
| <input type="checkbox"/> Telefonbuch / Gelbe Seiten | <input type="checkbox"/> Jameda                |
| <input type="checkbox"/> Presse                     | <input type="checkbox"/> Empfehlung von: _____ |

## Wichtige Hinweise

- Ich verpflichte mich, über alle Änderungen, auch meines Gesundheitszustandes, die sich während der gesamten Behandlungszeit ergeben, umgehend Mitteilung zu machen.
- Ich verpflichte mich, die durch die jeweils gewünschte/abgesprochene/notwendige Anamnese, Diagnostik oder Behandlung entstehenden Kosten vollständig zu erstatten.
- Vereinbarte Termine für eine Untersuchung und/oder Behandlung werden ausschließlich für Sie als unser Patient reserviert. Bei Verhinderung muss der Termin mindestens 24 Stunden zuvor abgesagt werden. Bei verspäteter Terminabsage wird die geplante Behandlung, ggf. gemäß § 615 BGB, in Rechnung gestellt.
- Bitte beachten Sie, dass Sie nach einer Spritze nicht mehr fahrtüchtig sein können.

5. Die/Der Zahlungspflichtige ist dahingehend unterrichtet worden, dass eine Erstattung durch die jeweils zuständigen privaten Kostenträger möglicherweise nicht oder nicht in vollem Umfang gewährleistet ist.

6. Die GOZ schließt eine Gebührensaterhöhung in begründeten Einzelfällen bis zum 3,5-fachen Satz ein. Diagnostische/therapeutische Leistungen und Beratungsleistungen werden in begründeten Fällen, je nach individuellem Zeitaufwand, mit Gebührensaterhöhungen oberhalb des 3,5-fachen Satzes verrechnet.

7. Einwilligung zur Einziehung der Forderung. Ich erkläre mich damit einverstanden, dass das Zahnärztliche Versorgungszentrum Tübingen GmbH zum Einzug unbezahlter Forderungen alle hierzu notwendigen Unterlagen und Daten, insbesondere Namen, Anschrift, Geburtsdatum, Befunde, Behandlungsdaten, Leistungsziffern, Rechnungsbetrag, Behandlungsdokumentation, Laborrechnungen, Formulare etc. an die Robert Wolf GmbH, Esslinger Straße 7, 70771 Leinfelden-Echterdingen oder die breco Inkasso GmbH, Kaiserstrasse 46, 72764 Reutlingen zum Einzug der Forderung weitergibt.  
Insoweit entbinde ich das Zahnärztliche Versorgungszentrum Tübingen GmbH und meine Behandelnden ausdrücklich von ihrer ärztlichen Schweigepflicht.

## Datenschutz

Ich stimme der Speicherung, Bearbeitung und Nutzung meiner personenbezogenen Daten für den Zweck aller mit meiner zahnärztlichen Behandlung im Zusammenhang stehenden Tätigkeiten durch das Zahnärztliche Versorgungszentrum Tübingen (ZVZ) zu.

Ebenfalls bin ich damit einverstanden, dass meine personenbezogenen Daten eine zahnärztliche Abrechnungsgesellschaft zum Zwecke der Erstellung von Heil- und Kostenplänen oder Abrechnungen vom ZVZ weiter gegeben werden dürfen.

Weiterhin bin ich damit einverstanden, daß zum Zwecke der Bonitätsprüfung Informationen bei einer Auskunft eingeholt werden. Hierzu werden lediglich Name, Adresse und Geburtsdatum verwendet. Ich kann jederzeit die betreffende Auskunft beim Zahnärztliche Versorgungszentrum Tübingen (ZVZ) erfragen.

Die ZVZ unterhält ein Praxisinformationssystem (z. B. Informationen zur Prävention von Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten, neuen Behandlungsmethoden, Aktivitäten unseres Zentrums, Vortragsveranstaltungen, Tag der offenen Tür etc.). Ich möchte am Informationssystem teilnehmen und stimme der Speicherung, Bearbeitung und Nutzung meiner personenbezogenen Daten durch das ZVZ zu (Falls nein bitte streichen).

Das ZVZ bietet einen Erinnerungsservice für regelmäßige Vorsorgeuntersuchungen und Prophylaxemaßnahmen (Recall). Ich möchte am Recallsystem teilnehmen und stimme der Speicherung, Bearbeitung und Nutzung meiner personenbezogenen Daten durch das ZVZ zu (Falls nein bitte streichen).

Ich erkläre mich gleichfalls damit einverstanden, dass meine persönlichen Daten und meine Behandlungsdaten, insbesondere Namen, Anschrift, Geburtsdatum, Befunde, Leistungsziffern, Rechnungsbetrag, Behandlungsdokumentation, Laborrechnungen vom Zahnärztlichen Versorgungszentrum Tübingen GmbH zum Einzug von unbezahlten Forderung- ggf. elektronisch- erhoben, gespeichert, verarbeitet, genutzt und übermittelt werden.

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

Mir ist bekannt, dass mein jederzeit möglicher Widerruf der Einwilligung die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt (Art. 7 Abs. 3 Satz 2 DSGVO).

## Einwilligung Dokumentation, Bild- und Videoaufnahmen

Mir ist bewusst, dass für diagnostische Maßnahmen, zur Dokumentation im Rahmen der Qualitätssicherung sowie zur Verwendung für zahnärztliche Aus- und Weiterbildung Bild- und Videoaufnahmen von meiner Behandlung angefertigt und unter Berücksichtigung des Bundesdatenschutzgesetzes (§4 BDSG) gespeichert werden. Dazu willige ich hiermit ausdrücklich ein (falls nicht, bitte streichen).

Ort, Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift (Patient / in) \_\_\_\_\_

Bei unter 18 Jahren Unterschrift Erziehungsberechtigte(r): \_\_\_\_\_

## Haben Sie bei Belastung Schmerzen im Brustbereich

**(Angina pectoris)? Wenn ja:**  Ja  Nein II  
 Müssen Sie Ihre körperliche Belastung einschränken?  Ja  Nein III  
 Haben sich die Herzbeschwerden in letzter Zeit verschlimmert?  Ja  Nein IV  
 Haben Sie bei Ruhe Brustschmerzen?  Ja  Nein IV

**Hatten Sie jemals einen Herzinfarkt? Wenn ja:**  Ja  Nein II  
 Müssen Sie Ihre körperliche Belastung einschränken?  Ja  Nein III  
 Hatten Sie innerhalb der letzten sechs Monate einen Herzinfarkt?  Ja  Nein IV

**Haben Sie ein Herzgeräusch, einen Herzklappenfehler oder eine künstliche Herzklappe? Wenn ja:**  Ja  Nein II  
 Hatten Sie in den letzten sechs Monaten eine Operation an Ihrem Herzen oder Blutgefäßen?  Ja  Nein III  
 Hatten Sie je eine rheumatische Herzerkrankung?  Ja  Nein III  
 Müssen Sie Ihre körperliche Belastung einschränken?  Ja  Nein IV

**Haben Sie ohne körperliche Belastung Herzklopfen oder Herzrasen? Wenn ja:**  Ja  Nein II  
 Müssen Sie während dieser Beschwerden Ihre körperliche Aktivität verringern, sich hinsetzen oder hinlegen?  Ja  Nein III  
 Werden Sie dabei kurzatmig, blass oder wird Ihnen schwindelig?  Ja  Nein IV

**Haben Sie eine Herzmuskelschwäche? Wenn ja:**  Ja  Nein II  
 Haben Sie Atemnot, wenn Sie flach liegen?  Ja  Nein III  
 Schlafen Sie wegen Atemnot mit mehr als zwei Kopfkissen?  Ja  Nein II  
 Müssen Sie Nachts regelmäßig mehrfach auf die Toilette?  Ja  Nein III

**Hatten Sie jemals einen hohen Blutdruck?**  Ja  Nein II  
 Wie hoch ist Ihr Blutdruck im Moment:

**Haben Sie eine erhöhte Blutungsneigung? Wenn ja:**  Ja  Nein II  
 Bluten Sie nach einer Operation oder Verletzung länger als eine Stunde?  Ja  Nein III  
 Bekommen Sie ohne Verletzung Blutergüsse?  Ja  Nein IV

**Haben Sie Epilepsie (Anfallsleiden)? Wenn ja:**  Ja  Nein II  
 Hat sich Ihr Anfallsleiden verschlechtert?  Ja  Nein IV  
 Haben Sie weiterhin Anfälle?  Ja  Nein IV

**Hatten Sie jemals einen Schlaganfall? Wenn ja:**  Ja  Nein II  
 War der Schlaganfall innerhalb der letzten sechs Monate?  Ja  Nein III

**Haben Sie Bronchial-Asthma? Wenn ja:**  Ja  Nein II  
 Benutzen Sie dafür Medikamente und/oder Inhalationsmittel?  Ja  Nein III  
 Haben Sie heute Atmungsprobleme?  Ja  Nein IV

**Haben Sie andere Schwierigkeiten mit den Lungen oder anhaltenden Husten? Wenn ja:**  Ja  Nein II  
 Sind Sie außer Atem, wenn Sie 20 Stufen hinaufsteigen?  Ja  Nein III  
 Kommen Sie beim Anziehen außer Atem?  Ja  Nein IV

**Hatten Sie je eine allergische Reaktion gegen Penicillin, Aspirin, Pflaster oder irgend etwas anderes?**  Ja  Nein II  
 Haben Sie einen Allergiepass?  Ja  Nein  
 Benötigen Sie deshalb ärztliche oder Krankenhausbehandlung?  Ja  Nein III

**Haben Sie Diabetes (Blutzucker)?**  Ja  Nein II  
 Benötigen Sie Insulin?  Ja  Nein II  
 Sind Sie zur Zeit unbefriedigend eingestellt?  Ja  Nein III  
 Wie hoch ist Ihr aktueller HbA1c Wert (Diabetes Langzeitwert):

**Haben Sie eine Schilddrüsenerkrankung?**  Ja  Nein II  
 Haben Sie derzeit eine Überfunktion?  Ja  Nein IV  
 Haben Sie derzeit eine Unterfunktion?  Ja  Nein III

**Haben Sie eine Nierenerkrankung?**  Ja  Nein II  
 Werden Sie dialysiert?  Ja  Nein III  
 Hatten Sie eine Nierentransplantation?  Ja  Nein III

**Haben Sie eine Lebererkrankung?**  Ja  Nein II

**Haben Sie zur Zeit eine Infektionskrankheit (z. B. Hepatitis, HIV, Tuberkulose, andere)?**  Ja  Nein II  
 Wenn ja, welche?

**Hatten Sie jemals Krebs, eine bösartige Erkrankung oder Leukämie? Wenn ja:**  Ja  Nein II  
 Hatten sie deshalb eine medikamentöse Behandlung oder Knochenmarktransplantation?  Ja  Nein III  
 Hatten Sie eine Strahlenbehandlung wegen eines Tumors oder Gewächses im Kopf oder Halsbereich?  Ja  Nein III

**Hatten Sie jemals eine (Variante der) Creutzfeldt-Jakob-Krankheit?**  Ja  Nein II

**Leiden Sie unter Atemnot (Hyperventilation), die durch Aufregung ausgelöst wird?**  Ja  Nein II

**Hatten Sie jemals eine Ohnmacht bei (zahn-) medizinischen Eingriffen?**  Ja  Nein II

**Traten jemals Komplikationen bei zahnärztlichen Behandlungen auf?**  Ja  Nein  
 Art der Komplikation

**Benötigen Sie eine Antibiotika-Prophylaxe (Gabe) vor zahnärztlichen Eingriffen?**  Ja  Nein II

**Benutzen Sie zur Zeit irgendwelche verordneten oder anderen Medikamente? Wenn ja:**  Ja  Nein II  
 Herzmedikamente?  Ja  Nein  
 Mittel zur Beeinflussung der Blutgerinnung (Blutverdünnung)?  Ja  Nein  
 Gegen hohen Blutdruck?  Ja  Nein  
 Aspirin oder andere Schmerzmittel?  Ja  Nein  
 Allergiemittel?  Ja  Nein  
 Gegen Diabetes (Blutzucker)?  Ja  Nein  
 Gegen Osteoporose?  Ja  Nein  
 Kortison oder entsprechende Medikamente?  Ja  Nein  
 Medikamente gegen Transplantatabstoßung?  Ja  Nein  
 Medikamente für Haut-, Darm-, oder rheumatische Erkrankungen?  Ja  Nein  
 Gegen Krebs- oder Blutkrankheiten?  Ja  Nein  
 Haben Sie Biophosphonate eingenommen?  Ja  Nein  
 Penicillin, Antibiotika, sonstige keimtötende Mittel?  Ja  Nein  
 Gegen Schlaf- oder Angststörungen, Depressionen?  Ja  Nein  
 Hormonpräparate?  Ja  Nein  
 Haben Sie jemals Drogen eingesetzt?  Ja  Nein  
 Sonstige Medikamente?  Ja  Nein  
 Wenn ja, welche?

**Hinweis: Am besten händigen Sie uns eine Kopie Ihres Medikamentenverordnungsplanes aus!**

**Rauchen Sie zur Zeit oder haben Sie früher geraucht?**  Ja  Nein  
 Wieviele Zigaretten/Tag? \_\_\_\_\_ Nichtraucher seit: \_\_\_\_\_

**Wie viel Alkohol trinken Sie regelmäßig pro Tag?** \_\_\_\_\_

**Haben Sie hormonelle Probleme?**  Ja  Nein II

**Wie beurteilen Sie Ihren derzeitigen Streßlevel (1-10):** \_\_\_\_\_

**Sind Sie schwanger? (Nur für Frauen zu beantworten)**  Ja  Nein II

**Sind bei Ihnen oder in Ihrer Familie folgende Erkrankungen bzw. Neigungen zu folgenden Erkrankungen bekannt?**  
 Neigung zu Zahnfleisch-/Zahnbetterkrankungen  Ja  Nein  
 Neigung zu Osteoporose (Knochendichteprobleme)  Ja  Nein  
 Neigung zu Karies  Ja  Nein

