

Patient:

Geburtsdatum:

Versicherter:

Geburtsdatum:

Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen!

Anschrift

Telefon privat/mobil.....

E-Mail.....

Krankenkasse/-versicherung

bei Privatversicherung nur Standardtarif? Ja ☐ Nein ☐bei gesetzlich Versicherten private Zusatzversicherung vorhanden? Ja ☐ Nein ☐

Beruf

Überweisende/r Zahnärztin/arzt.....

Gesundheitsfragebogen

	Ja	Nein		Ja	Nein
1. Leiden Sie an Herz-, Kreislauf- oder Gefäßerkrankungen?	☐	☐	11. Haben sie ein Nierenleiden?	☐	☐
2. Haben sie einen Herzschrittmacher?	☐	☐	12. Haben sie ein Leberleiden (Hepatitis A,B,C)?	☐	☐
3. Haben sie eine künstliche Herzklappe?	☐	☐	13. Hatten oder haben Sie Tuberkulose (Tbc)?	☐	☐
4. Hatten sie eine Herzmuskelentzündung?	☐	☐	14. Haben eine Erkrankung des Nervensystems (Epilepsie)?	☐	☐
5. Haben Sie manchmal Atemnot/Brustschmerzen?	☐	☐	15. Leiden Sie an durch Prionen übertragbaren Erkrankungen (z. B. Creutzfeldt-Jakob-Krankheit)?	☐	☐
6. Leiden Sie an Asthma/COPD?	☐	☐	16. Haben sie HIV?	☐	☐
7. Haben Sie Bluterkrankungen oder Blutungsneigungen (z. B. nach Verletzungen)?	☐	☐	17. Haben sie Diabetes?	☐	☐
8. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?	☐	☐	18. Sind Sie schwanger? (Teilen Sie uns bitte jede Schwangerschaft mit.)	☐	☐
Wenn ja welche:			19. Haben oder hatten sie ein Tumorleiden?	☐	☐
.....					
.....			20. Hatten sie vor kurzem eine Operation am Auge/Retina?	☐	☐
9. Nehmen/nahmen Sie Medikamente gegen Knochenstoffwechselstörungen wie z. B. Osteoporose (z. B. Bisphosphonate)?	☐	☐	21. Haben sie Probleme durch die Nase Luft zu bekommen?	☐	☐
10. Reagieren Sie überempfindlich auf irgendwelche Substanzen/Arzneien oder haben Sie Allergien?	☐	☐	22. Hatten sie schon einmal Probleme bei einer zahnärztlichen Betäubung?	☐	☐
.....			23. Nehmen sie regelmäßig Drogen zu sich?	☐	☐
.....			24. Rauchen sie?	☐	☐

Ort, Datum

Unterschrift Patient/in bzw. Versicherte/r

4. SPEICHERUNG IHRER DATEN

Wir bewahren Ihre personenbezogenen Daten nur solange auf, wie dies für die Durchführung der Behandlung erforderlich ist.

Aufgrund rechtlicher Vorgaben sind wir dazu verpflichtet, diese Daten mindestens 10 Jahre nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren. Nach anderen Vorschriften können sich längere Aufbewahrungsfristen ergeben, zum Beispiel 30 Jahre bei Röntgenaufzeichnungen laut Paragraf 28 Absatz 3 der Röntgenverordnung.

5. IHRE RECHTE

Sie haben das Recht, über die Sie betreffenden personenbezogenen Daten Auskunft zu erhalten. Auch können Sie die Berichtigung unrichtiger Daten verlangen.

Darüber hinaus steht Ihnen unter bestimmten Voraussetzungen das Recht auf Löschung von Daten, das Recht auf Einschränkung der Datenverarbeitung sowie das Recht auf Datenübertragbarkeit zu.

Die Verarbeitung Ihrer Daten erfolgt auf Basis von gesetzlichen Regelungen. Nur in Ausnahmefällen benötigen wir Ihr Einverständnis. In diesen Fällen haben Sie das Recht, die Einwilligung für die zukünftige Verarbeitung zu widerrufen.

Sie haben ferner das Recht, sich bei der zuständigen Aufsichtsbehörde für den Datenschutz zu beschweren, wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht rechtmäßig erfolgt.

Die Anschrift der für uns zuständigen Aufsichtsbehörde lautet:

Name: Bayerische Landeszahnärztekammer, Flößergasse 1, 81369 München

6. RECHTLICHE GRUNDLAGEN

Rechtsgrundlage für die Verarbeitung Ihrer Daten ist Artikel 9 Absatz 2 lit. h) DSGVO in Verbindung mit Paragraf 22 Absatz 1 Nr. 1 lit. b) Bundesdatenschutzgesetz. Sollten Sie Fragen haben, können Sie sich gern an uns wenden.

Ihre Praxisklinik Gilching

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift Patient/in bzw. Versicherte/r

PATIENTENINFORMATION ZUM DATENSCHUTZ

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

der Schutz Ihrer personenbezogenen Daten ist uns wichtig. Nach der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) sind wir verpflichtet, Sie darüber zu informieren, zu welchem Zweck unsere Praxis Daten erhebt, speichert oder weiterleitet. Der Information können Sie auch entnehmen, welche Rechte Sie in puncto Datenschutz haben.

1. VERANTWORTLICHKEIT FÜR DIE DATENVERARBEITUNG

Verantwortlich für die Datenverarbeitung ist: Dr. Kolja A. Buchberger

Praxisname: Praxisklinik Gilching

Adresse: Römerstr. 40, 82205 Gilching

Kontakt Daten: 08105/7989500, info@praxisklinik-gilching.de

Sie erreichen die/den zuständige/n Datenschutzbeauftragte/n unter:

Name: Dr. Kolja A. Buchberger

Anschrift: Römerstr. 40, 82205 Gilching

Kontakt Daten: 08105/7989500, info@praxisklinik-gilching.de

2. ZWECK DER DATENVERARBEITUNG

Die Datenverarbeitung erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben, um den Behandlungsvertrag zwischen Ihnen und Ihrem Arzt und die damit verbundenen Pflichten zu erfüllen.

Hierzu verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten, insbesondere Ihre Gesundheitsdaten. Dazu zählen Anamnesen, Diagnosen, Therapieempfehlungen und Befunde, die wir oder andere Ärzte erheben. Zu diesen Zwecken können uns auch andere Ärzte oder Psychotherapeuten, bei denen Sie in Behandlung sind, Daten zur Verfügung stellen (z.B. in Arztbriefen).

Die Erhebung von Gesundheitsdaten ist Voraussetzung für Ihre Behandlung. Werden die notwendigen Informationen nicht bereitgestellt, kann eine sorgfältige Behandlung nicht erfolgen.

3. EMPFÄNGER IHRER DATEN

Wir übermitteln Ihre personenbezogenen Daten nur dann an Dritte, wenn dies gesetzlich erlaubt ist oder Sie eingewilligt haben.

Empfänger Ihrer personenbezogenen Daten können vor allem andere Ärzte / Psychotherapeuten, Kassenärztliche Vereinigungen, Krankenkassen, der Medizinische Dienst der Krankenversicherung, Ärztekammern und privatärztliche Verrechnungsstellen sein.

Die Übermittlung erfolgt überwiegend zum Zwecke der Abrechnung der bei Ihnen erbrachten Leistungen, zur Klärung von medizinischen und sich aus Ihrem Versicherungsverhältnis ergebenden Fragen. Im Einzelfall erfolgt die Übermittlung von Daten an weitere berechnete Empfänger.

Krankenkasse bzw. Kostenträger:

Angaben d. Patient*in

Name, Vorname, Anschrift d. Patient*in:

Geboren am:

Angaben d. Rechnungsempfänger*in¹⁾

Name, Vorname, Anschrift d. gesetzlichen Vertreter*in/Rechnungsempfänger*in:

Geboren am:

1) Eltern/Vormund/Betreuer*in bei Patient*innen unter 18 Jahren/Geschäftsunfähigen/beschränkt Geschäftsfähigen.

Sofern bei Minderjährigen nur ein/e Sorgeberechtigte/r unterzeichnet: Ich sichere zu, dass die weitere Person, mit der ich mir das Sorgerecht für d. Patient*in teile, in die Abgabe dieser Erklärung ausdrücklich eingewilligt hat, soweit ich hierzu nicht allein berechtigt bin.

Weitere Informationen zur Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten können Sie abrufen unter: www.healthag.de/datenschutz

Einwilligungserklärung

Der/die Patient*in, ggf. der/die gesetzliche Vertreter*in mit Alleinvertretungsmacht, erklärt:

Ich bin einverstanden,

- mit der Übermittlung der zum Zwecke der Abrechnung und Geltendmachung von Forderungen aus der Behandlung erforderlichen Informationen, einschließlich Gesundheitsdaten (Name, Anschrift, Geburtsdatum, Befunde, Maßnahmen und Ergebnisse, Behandlungsverläufe), an die BAWAG AG Niederlassung Deutschland, Gasstraße 4 c, 22761 Hamburg, die ihre Finanzierungsdienstleistungen in Deutschland u.a. unter dem Markennamen Health AG anbietet und ihrer zu diesem Zweck dort erfolgenden Erfassung, Speicherung und Verwendung,
- mit der Rechnungsstellung durch die Health AG in eigenem Namen und auf eigene Rechnung sowie der Abtretung der Forderung(en) an die Health AG und entbinde insoweit die Behandelnden und ihre berufsmäßig tätigen Gehilf*innen (vgl. Stempel) sowie die Health AG von der Schweigepflicht, sofern dies für die Geltendmachung der Forderung(en) durch die Health AG erforderlich ist. Ich weiß, dass Einwände gegen die Forderung(en) gegenüber der Health AG zu erheben und dabei unter Umständen Einzelheiten aus der Behandlung offenzulegen sind und die Behandelnden und ihre berufsmäßig tätigen Gehilf*innen im Rahmen einer möglichen Auseinandersetzung mit der Health AG als Zeug*innen vernommen werden können.

Ich bin ferner damit einverstanden,

- dass die Health AG zur Ermittlung des Zahlungsausfallrisikos Informationen über meine Bonität bei den unten genannten Wirtschaftsauskunfteien einholt und zu diesem Zweck den vollständigen Namen, das Geburtsdatum und die Anschrift der Patient*in und ggf. der gesetzlichen Vertreter*in an die Wirtschaftsauskunfteien übermittelt sowie mit den ihr bekannten zugehörigen Personendaten verknüpft. Zu diesem Zweck stellen die CRIF GmbH (Victor-Gollancz-Straße 5, 76137 Karlsruhe) und/oder die infocore Consumer Data GmbH (Hammfelddamm 13, 41460 Neuss) Adress- und Bonitätsdaten einschließlich auf Basis eines wissenschaftlich anerkannten mathematisch-statistischen Verfahrens ermittelter Wahrscheinlichkeitswerte zur Verfügung. In die Berechnung von Wahrscheinlichkeitswerten fließen ggf. Anschriftendaten ein. In diesem Zusammenhang und Umfang entbinde ich die Health AG vom Bankgeheimnis. Dies umfasst auch eine Befreiung vom Bankgeheimnis gemäß § 38 des Österreichischen Bankwesengesetzes.

Ich erteile meine Einwilligung freiwillig und bin darüber informiert, dass eine Behandlung nicht von der Erteilung abhängig ist. Meine Einwilligung gilt auch für zukünftige Behandlungen und kann von mir jederzeit mit Wirkung für die Zukunft gegenüber den Behandelnden und ihren berufsmäßig tätigen Gehilf*innen 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*in/ ggf. gesetzlicher/ gesetzlicher Vertreter*in

Wichtige Informationen zu Ihrer Privatabrechnung (Art. 13 f. DSGVO in Verbindung mit §§ 32 ff. BDSG-neu) und zu Ihrer Bonitätsprüfung

Liebe Patientin, lieber Patient,
liebe/r gesetzliche/r Vertreter*innen

wir möchten uns ganz auf Ihre Behandlung konzentrieren. Deshalb haben wir uns dafür entschieden, das Management unserer Patientenrechnungen an eine Partnerin unseres Vertrauens zu übergeben. Die BAWAG AG Niederlassung Deutschland, die ihre Finanzierungsdienstleistungen in Deutschland u.a. unter dem Markennamen Health AG anbietet, ermöglicht im Rahmen eines Factoringverhältnisses 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. Die Angaben sind dort in guten Händen. Die Daten werden von dem Unternehmen so behandelt, wie es die Datenschutz-Grundverordnung (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 gemäß Art. 6 Abs. 1 UAbs. 1 lit. a, Art. 9 Abs. 1, 2 lit. a DSGVO.

Die von der Health AG verarbeiteten Gesundheits- und Rechnungsdaten werden ab Zweckfortfall gesperrt und nach Ablauf der gesetzlichen Aufbewahrungsfristen gelöscht. Sie haben das Recht, über die betreffenden personenbezogenen Daten Auskunft zu erhalten. Auch können Sie die Berichtigung unrichtiger Daten verlangen. Darüber hinaus steht Ihnen unter bestimmten Voraussetzungen das Recht auf Löschung von Daten, das Recht auf Einschränkung der und auf Widerspruch gegen die Datenverarbeitung sowie das Recht auf Datenübertragbarkeit zu. Ihre Anliegen zum Datenschutz richten Sie bitte unmittelbar an die/den Datenschutzbeauftragte/-n der Health AG, E-Mail: datschutz@healthag.de. Weitere Informationen zum Datenschutz bei der Health AG finden Sie unter www.healthag.de/datschutz.

Bitte beachten Sie, dass die Health AG vor Durchführung eines Forderungsankaufs eine Beurteilung des Zahlungsausfallrisikos unter Einbeziehung der Wirtschaftsauskunftei CRIF GmbH (Victor-Gollancz-Straße 5, 76137 Karlsruhe) und/oder infoscore Consumer Data GmbH (Hammfelddamm 13, 41460 Neuss) durchführt (Scoring). Dazu werden die personenbezogenen Daten, die zu der Bonitätsprüfung nötig sind (Name, Geburtsdatum, Adresse) an die Wirtschaftsauskunftei übertragen. Insoweit bedarf es auch einer Entbindung vom Bankgeheimnis. Die Wirtschaftsauskunftei übermittelt der Health AG Informationen zum bisherigen Zahlungsverhalten zur Beurteilung des Zahlungsausfallrisikos. Anfragen bei den Wirtschaftsauskunfteien können positive wie negative Auswirkungen auf Ihren Bonitätswert haben. Die Erhebung, Speicherung und Übermittlung erfolgt mithin zum Zwecke der Bonitätsprüfung zur Vermeidung eines Zahlungsausfalles auf Grundlage des Art. 6 Abs. 1 S. 1 lit. f bzw. Art. 6 Abs. 1 S. 1 lit. a DSGVO. Auf Basis dieser Informationen wird eine statistische Wahrscheinlichkeit für einen Zahlungsausfall und damit der Zahlungsfähigkeit berechnet. Unter Berücksichtigung des Ergebnisses der Bonitätsprüfung wird die Health AG den Forderungsankauf und die Abrechnung der Behandlung durchführen und ggf. eine Ratenzahlung anbieten können.

Sie haben ferner das Recht, sich bei der zuständigen Aufsichtsbehörde für den Datenschutz zu beschweren, wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung der personenbezogenen Daten nicht rechtmäßig erfolgt. Die Kontaktdaten der zuständigen Aufsichtsbehörde lauten:

Der Hamburgische Beauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit
Ludwig-Erhard-Str. 22 | 20459 Hamburg
T +49 40 42854-4040/4000 | mailbox@datschutz.hamburg.de

Bitte beschreiben Sie hierfür diese Einwilligungserklärung.
Vielen Dank!

Ihr Praxis-/Klinikteam

BAWAG AG Niederlassung
Deutschland – Health AG
Patientenservice
Gasstraße 4c
22761 Hamburg

T +49 40 524 709-000
info@healthag.de
www.healthag.de

 **Health**^{AG}