

Patient:

Geburtsdatum:

Versicherter:

Geburtsdatum:

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

Ort, Datum

Unterschrift Patient/in bzw. Versicherte/r

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:

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

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 Health Coevo AG, Lübeckertordamm 1-3, 20099 Hamburg, und der zu diesem Zweck dort erfolgten Verarbeitung,
- 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 meine 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 meine 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 Wirtschaftsauskunfteien einholt. Zu diesem Zweck stellen die CRIF GmbH (Victor-Gollancz-Straße 5, 76137 Karlsruhe) und/oder die Creditreform Boniversum 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.

Ich erteile meine Einwilligung freiwillig und bin darüber informiert, dass eine Behandlung nicht von der Erteilung abhängig ist. Meine Zustimmung gilt auch für zukünftige Behandlungen und kann von mir jederzeit mit Wirkung für die Zukunft gegenüber meinen 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-/Klinkestempel

Unterschrift Patient*in/ggf. gesetzlicher/
gesetzliche 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,

wir möchten uns ganz auf Sie und Ihre Behandlung konzentrieren. Deshalb haben wir uns dafür entschieden, das Management unserer Patientenrechnungen an eine Partnerin unseres Vertrauens zu übergeben. Die Health Coevo AG, kurz Health AG, 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. Ihre Angaben sind dort in guten Händen. Ihre 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.

Die von der Health AG verarbeiteten Gesundheitsdaten werden ab Zweckfortfall gesperrt und nach Ablauf der gesetzlichen Aufbewahrungsfristen gelöscht. 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. Ihre Anliegen zum Datenschutz richten Sie bitte unmittelbar an die/den Datenschutzbeauftragte/-n der Health AG, E-Mail: datenschutz@healthag.de. Weitere Informationen zum Datenschutz bei der Health AG finden Sie unter www.healthag.de/datenschutz.

Bitte beachten Sie, dass die Health AG vor Durchführung eines Forderungsankaufs eine Beurteilung des Zahlungsausfallrisikos bei der Wirtschaftsauskunftei (CRIF GmbH (Victor-Gollancz-Straße 5, 76137 Karlsruhe)) durchführt (Scoring). Dazu werden die personenbezogenen Daten, die zu der Bonitätsprüfung nötig sind (Name, Geburtsdatum, Adresse) an die Wirtschaftsauskunftei übertragen. Die Wirtschaftsauskunftei übermittelt der Health AG Informationen zu Ihrem bisherigen Zahlungsverhalten zur Beurteilung des Zahlungsausfallrisikos. Anfragen bei den Auskunfteien können positive wie negative Auswirkungen auf Ihren Bonitätswert haben. Die Erhebung, Speicherung und Weitergabe 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 Ihre Zahlungsfähigkeit berechnet. Unter Berücksichtigung des Ergebnisses der Bonitätsprüfung wird die Health AG den Forderungsankauf und die Abrechnung der Behandlung durchführen und Ihnen 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 Ihrer personenbezogenen Daten nicht rechtmäßig erfolgt. Die Kontaktdaten der zuständigen Aufsichtsbehörde lauten:

Der Hamburgische Beauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit
Kurt-Schumacher-Allee 4 | 20097 Hamburg
T +49 40 42854-4040/4000 | mailbox@datenschutz.hamburg.de

Bitte unterschreiben Sie hierfür diese Einwilligungserklärung.
Vielen Dank!

Ihr Praxis-/Klinikteam

Health Coevo AG
Patientenservice
Lübeckertordamm 1-3
20099 Hamburg

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



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

Kontaktdaten: 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

Kontaktdaten: 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, Therapieansätze 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.

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 Paragraph 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 Landes Zahnärztekammer, Flößergasse 1, 81369 München

6. RECHTLICHE GRUNDLAGEN

Rechtsgrundlage für die Verarbeitung Ihrer Daten ist Artikel 9 Absatz 2 lit. h) DSGVO in Verbindung mit Paragraph 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