



# Herzlich Willkommen in unserer Praxis

Wir freuen uns, dass Sie uns und unserem Team Ihr Vertrauen schenken. Wir möchten Ihnen Ihren Besuch bei uns so angenehm wie nur irgend möglich gestalten. Für eine optimale Behandlung benötigen wir von Ihnen noch einige Informationen. Hierfür bitten wir Sie, diesen Fragebogen vollständig auszufüllen. Sollten Sie einzelne Fragen nicht beantworten können, ist gerne unser Team für Sie da. Selbstverständlich unterliegen alle Ihre Antworten der ärztlichen Schweigepflicht.

## Angaben zur Person – Patient/in

Name des Kindes (Vor- & Nachname):.. \_\_\_\_\_
Geburtsdatum:..... \_\_\_\_\_
Straße, Hausnummer:..... \_\_\_\_\_
PLZ, Ort:..... \_\_\_\_\_
Telefon privat: ..... \_\_\_\_\_
Telefon tagsüber/Mobil: ..... \_\_\_\_\_
E-Mail/ sonst. Erreichbarkeit: ..... \_\_\_\_\_
Name der Krankenkasse: ..... \_\_\_\_\_
Erziehungsberechtigte/r? .....  Mutter  Vater  Sonstige \_\_\_\_\_

## Bei Familienversicherung – Angaben zu Hauptversicherten (Rechnungsempfänger)

Vor- und Nachname des Versicherten:.. \_\_\_\_\_
Geburtsdatum:..... \_\_\_\_\_
ggf. abweichende Anschrift des/r Versicherten:..... \_\_\_\_\_
Zusatzversicherung:  Ja  Nein

## Ärzte etc.

Kinderarzt: ..... \_\_\_\_\_
Kieferorthopäde: ..... \_\_\_\_\_

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass die Individualprophylaxe/Putzschule in der Praxis Milchzahn & Co. durchgeführt werden soll und kein weiterer Anspruch für die darauffolgenden 6 Monate bei einem andren Zahnarzt oder Kieferorthopäden besteht.

Ich ermächtige Frau Dr. Marisa Grötsch oder deren Vertreter/in, unter Mitarbeit des Praxisteam's zahnärztliche und/oder zahnchirurgische Behandlungen an meinem Kind durchzuführen. Eingeschlossen ist der Gebrauch von Lokalanästhesie, Röntgen- oder anderer Diagnostik.

Ottobrunn, den ..... \_\_\_\_\_
Unterschrift Erziehungsberechtigte/r



Möchten Sie an unserem Termin-Erinnerungsservice teilnehmen?

Ja per SMS an folgende Nr.:

Nein

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, zu bestimmten Anlässen, Terminabsagen, Terminverschiebungen, vergessene Wiederholungstermine etc. schriftlich oder telefonisch benachrichtigt zu werden.

Ohne Ihre Einwilligung ist es uns nicht möglich, Sie bei Terminverschiebungen zu informieren.

Diese Einwilligung kann ich jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen.

\_\_\_\_\_

Datum

\_\_\_\_\_

Unterschrift des Erziehungsberechtigten

Ausfallhonorar

Wir arbeiten nach dem sog. Bestellsystem, d.h. wir reservieren für den/die PatientIn die erforderliche Behandlungszeit. Die Krankenkassen bezahlen nur durchgeführte Leistungen, sodass ein ausgefallener Termin für uns ein Ausfallhonorar ist. Wir sind deshalb berechtigt, alle vereinbarten Termine, welche der/die PatientIn ohne Absage nicht wahrnimmt, unabhängig vom Grund der Verhinderung, privat in Rechnung zu stellen. Die Höhe des vereinbarten Ausfallhonorars richtet sich nach den Stundensätzen unserer Praxis und der geblockten Behandlungszeit. Das Honorar beträgt in diesem Fall 80 €/Stunde. Mit Ihrer Unterschrift nehmen Sie dies zur Kenntnis.

\_\_\_\_\_

Datum

\_\_\_\_\_

Unterschrift des Erziehungsberechtigten

Datenschutz

Die Patienteninformation zum Datenschutz, insbesondere zur Datenverarbeitung und zu meinen Rechten, wurde ich informiert. Ich habe die Patienteninformation gelesen und verstanden.

**Ich stimme hiermit der Speicherung meiner personenbezogenen Daten durch die Praxis zu.**

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich an die Praxis widerrufen kann (Art. 7 Abs. 3 DSGVO).

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

Bitte achten Sie darauf, Termine bis 24h vorher abzusagen.

\_\_\_\_\_

Datum

\_\_\_\_\_

Unterschrift des Erziehungsberechtigten

# Anamnese des Kindes

Bitte lesen Sie alle Gesundheitsfragen sorgfältig durch und kreuzen Sie Zutreffendes an:  
Gerne helfen wir Ihnen beim Ausfüllen.

Haben Sie bei ihrem Kind folgende Krankheiten/Symptome festgestellt?

	Ja	Nein
1. Herzerkrankungen, -fehler oder -geräusche?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Herzpass</b> seit:		
2. Erschwerte Atmung, Asthma oder sonstige Lungenerkrankungen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Infektionskrankheiten (z.B. Hepatitis, Tuberkulose, HIV)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Welche?		
4. Diabetes oder Stoffwechselkrankheiten?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Erkrankungen der Schilddrüse?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Schlechte Blutgerinnung oder andere Blutkrankheiten?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Starke Fieberkrämpfe oder epileptische Anfälle?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Veränderter Muskeltonus oder spastische Anfälle?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Geistige Beeinträchtigungen oder Behinderung?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Probleme beim Hören oder Taubheit?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Probleme beim Sprechen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Sonstige Krankheiten die nicht aufgeführt sind?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn ja, welche?		
13. Reagiert Ihr Kind <b>allergisch</b> z.B. Jod, Asthma, Heuschnupfen, Luftballons, Gummihandschuhe, Reaktion auf Medikamente oder Spritzen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn ja, auf was?		
14. Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn ja, welche?		
15. Ist Ihr Kind gegen Tetanus geimpft?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. Wurde Ihr Kind bereits stationär im Krankenhaus behandelt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn ja, warum?		
18. Wurden bereits Röntgenaufnahmen im Kopf-Kiefer-Zahnbereich angefertigt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn ja wann?		

Ich bestätige, vorstehende Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht zu haben.

Datum

Unterschrift des Erziehungsberechtigten



## Zahnmedizinische Anamnese

### Was ist der Grund für Ihren heutigen Besuch?

	Ja	Nein
War Ihr Kind bereits beim Zahnarzt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn ja, wann und bei wem war Ihr Kind in Behandlung?		
Ist Ihr Kind in kieferorthopädischer Behandlung?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hatte Ihr Kind bereits ein negatives Erlebnis beim Zahnarzt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hatte Ihr Kind schon einmal einen Unfall, bei dem Mund oder Gesicht verwundet wurde?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lutscht Ihr Kind Schnuller oder Daumen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hat Ihr Kind Zahnschmerzen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Benutzt Ihr Kind: Fluoridhaltige Zahnpasta?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fluoridhaltiges Speisesalz?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fluoridtabletten (Zymafluor)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Wie oft putzen Sie Ihrem Kind / putzt Ihr Kind die Zähne?

- Gar nicht
- Manchmal
- 1x täglich
- 2-3x täglich
- Vor/nach den Mahlzeiten

### Ernährungsgewohnheiten (nur bei Kindern unter 6 Jahren)

	Ja	Nein
Haben Sie Ihr Kind gestillt? Wenn ja, wie lange? _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Geben bzw. gaben Sie Ihrem Kind aus der Flasche zu trinken? Bis zu welchem Alter? _____ Wann? <input type="radio"/> morgens <input type="radio"/> mittags <input type="radio"/> abends <input type="radio"/> nachts Was war / ist in der Flasche? _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Was trinkt Ihr Kind heute hauptsächlich? \_\_\_\_\_

Geben Sie Ihrem Kind regelmäßig Süßigkeiten?  Ja  Nein

Vielen Dank für Ihre Angaben!



## **Einverständniserklärung zur Nutzung der elektronischen Patientenakte (ePA)**

Ich erkläre mich hiermit einverstanden, dass die Zahnarztpraxis Milchzahn & Co. die elektronische Patientenakte (ePA) meines Kindes im Rahmen der zahnärztlichen Behandlung nutzen darf.

Mit meiner Unterschrift ermächtige ich die Zahnarztpraxis dazu, im Rahmen der Behandlung auf die ePA zuzugreifen, um eine optimale medizinische Versorgung sicherzustellen und insbesondere folgende Handlungen vorzunehmen:

**Das Auslesen** von gesundheitsrelevanten Daten und Informationen, die in der ePA gespeichert sind, unter anderem Medikationsplan, Informationen zu bestehenden Erkrankungen, Diagnosen, laufenden Therapien sowie bildgebende Diagnostik (Röntgen) vom Kopfbereich.

**Das Speichern** von relevanten Behandlungsdaten in der ePA, insbesondere

- Daten zur Unterstützung des Medikationsprozesses
- Befunddaten aus bildgebender Diagnostik (Röntgenbilder)
- Befundberichte
- Daten zu Laborbefunden
- elektronische Arztbriefe

Wenn Behandlungsdaten erhoben werden, die auf der ePA abgespeichert werden, werde ich darüber informiert und kann der Speicherung zustimmen oder sie ablehnen.

Ich wurde darüber aufgeklärt, dass auf meinen Wunsch hin auch weitere digitale Behandlungsdaten, die im Zusammenhang mit der aktuellen Behandlung erhoben wurden, auf der ePA abgespeichert werden müssen, z.B. Befunddaten, Diagnosen, durchgeführte und geplante Therapiemaßnahmen, elektronische Abschriften der geführten Patientenakte.

Mir ist bewusst, dass ich jederzeit das Recht habe, meine Einwilligung zur Nutzung der ePA zu widerrufen. Ein solcher Widerruf hat zur Folge, dass meine Zahnarztpraxis keinen Zugriff mehr auf die ePA hat und keine weiteren Daten speichern oder abrufen darf.

Ort, Datum: Ottobrunn, \_\_\_\_\_

Unterschrift Erziehungsberechtigte/r: \_\_\_\_\_

Patient/-in (Name, Vorname und Anschrift)

Geburtsdatum

Name, Vorname

Geburtsdatum

Straße

PLZ, Ort

Stellung zur Patientin / zum Patienten:

Elternteil\*\*  Betreuer/-in  Ehegattin/-gatte

oder \_\_\_\_\_

\*\* Bei gemeinsamem Sorgerecht wird die nachstehende Erklärung auch im Namen des anderen Elternteils abgegeben.

**Pflichtfeld – per Hand ausfüllen oder per EDV bedrucken.  
Haben sich Ihre Daten geändert? Sprechen Sie uns bitte an.**

# Einverständniserklärung

Ich erkläre mich einverstanden mit der

- » Weitergabe der zur Abrechnung und Geltendmachung der Forderungen jeweils erforderlichen Informationen, insbesondere von Daten aus der Patientenkartei (Name, Geburtsdatum, Anschrift, Befunde, Behandlungsdaten und -verläufe), an die ABZ Zahnärztliches Rechenzentrum für Bayern GmbH (ABZ-ZR) und der dort vorzunehmenden Verarbeitung dieser Daten.
- » möglichen Einholung einer Information durch ABZ-ZR bei einer Auskunft zur Prüfung meiner Bonität. Die Praxis und/oder ABZ-ZR teilen auf Nachfrage Name und Adresse der Auskunft mit.
- » Abtretung der sich aus allen Behandlungen ergebenden Forderungen an ABZ-ZR.
- » im Rahmen der Refinanzierung erfolgenden Weiterabtretung der Forderungen durch ABZ-ZR an die DZ BANK AG Deutsche Zentral-Genossenschaftsbank, Frankfurt am Main (DZ BANK), wobei mir bewusst ist, dass die DZ BANK in diesem Zusammenhang Einsicht in die von der Praxis erteilten, erforderlichen Informationen gemäß dem ersten Absatz verlangen könnte.

(bei vereinbarter Direktabrechnung) oder dem zuständigen Kostenträger (Leistungen der gesetzl. Unfallversicherung/Sozialhilfe etc.) gegenüber im eigenen Namen in Rechnung stellen und für sich geltend machen wird. Sollte es über die Berechtigung der Forderungen unterschiedliche Auffassungen geben, kann die Zahnärztin/Ärztin, der Zahnarzt/Arzt in einer etwaigen Auseinandersetzung als Zeugin/Zeuge gehört werden.

Ich entbinde meine Zahnärztin/Ärztin, meinen Zahnarzt/Arzt sowie ABZ-ZR von der Schweigepflicht, soweit dies für die Abrechnung, Prüfung und Geltendmachung der Forderungen erforderlich ist; auch zugunsten der DZ BANK.

Diese Zustimmung kann jederzeit – allerdings nur mit Wirkung für die Zukunft – widerrufen werden. Der Widerruf ist entweder gegenüber der Praxis oder ABZ-ZR zu erklären.

Umseitige Informationen zur Rechnung und zum Datenschutz habe ich zur Kenntnis genommen. Eine Kopie dieser Einverständniserklärung habe ich erhalten.

Ich wurde darüber aufgeklärt, dass ABZ-ZR die Leistungen meiner Praxis mir, meiner Krankenkasse

Ort / Datum

X

**Unterschrift Patient/-in bzw. gesetzl. Vertreter/-in\* und ggf. abweichende/-r Rechnungsempfänger/-in**

\* bei Personen unter 18 Jahren/Geschäftsunfähigen/beschränkt Geschäftsfähigen



ABZ Zahnärztliches Rechenzentrum für Bayern GmbH  
Oppelner Straße 3 | 82194 Gröbenzell

Praxisstempel

Bitte händigen Sie Ihren Patienten eine Zweitschrift aus.

# Informationen zu Ihrer Rechnung und zum Datenschutz

---

## Liebe Patientin, lieber Patient,

das Wichtigste für Ihren Behandlungserfolg ist, dass Ihre Praxis sich zu 100 Prozent auf Sie konzentrieren kann. Um hierfür möglichst viel Zeit zu haben, hat Ihre Praxis die Abrechnung der **ABZ Zahnärztliches Rechenzentrum für Bayern GmbH (ABZ-ZR)** übertragen. Die Rechnungsstellung über ABZ-ZR ist für Sie selbstverständlich kostenlos.

ABZ-ZR gewährleistet die korrekte Bearbeitung der von Ihrer Praxis vorgegebenen Rechnungen. Aufgrund jahrzehntelanger Erfahrung in der Abrechnung entlastet ABZ-ZR Ihre Praxis deutlich bei den Verwaltungstätigkeiten. Die eingesparte Zeit kommt somit voll und ganz Ihnen zugute.

Für Ihre Fragen zur Abrechnung stehen Ihnen die kompetenten Mitarbeiter von ABZ-ZR gerne zur Verfügung. Insbesondere helfen Ihnen die Experten bei der Durchsetzung Ihrer Erstattungsansprüche gegenüber Krankenkassen oder anderen Kostenträgern. Zusätzlich bietet Ihnen ABZ-ZR an, Ihre Rechnung in Teilbeträgen zu begleichen.

Nach geltender Rechtslage ist es erforderlich, dass Sie Ihre Einwilligung mit diesem Abrechnungsweg schriftlich erklären. Daher bitten wir Sie um Ihre Zustimmung. Bitte unterschreiben Sie hierzu die Einverständniserklärung auf der Vorderseite. ABZ-ZR wird Ihre Daten zu den vorgenannten Zwecken auf Grundlage dieser Einverständniserklärung verarbeiten.

Selbstverständlich ist ABZ-ZR gesetzlich zur Verschwiegenheit verpflichtet. Darüber wacht der Datenschutzbeauftragte von ABZ-ZR. Weitere Informationen zum Datenschutz und zu Ihren Rechten entnehmen Sie bitte dem Merkblatt „Informationen zum Datenschutz“, das Ihnen Ihre Praxis gerne überlässt, oder unter [www.abz-zr.de/dsgvo](http://www.abz-zr.de/dsgvo).

Herzlichen Dank für Ihr Vertrauen.

Kontaktdaten von ABZ-ZR und des Datenschutzbeauftragten:



Zahnärztliches  
Rechenzentrum  
für Bayern

ABZ Zahnärztliches Rechenzentrum  
für Bayern GmbH  
Oppelner Straße 3  
82194 Gröbenzell  
Telefon 08142 6520-6  
Telefax 08142 6520-892

Datenschutzbeauftragter **ABZ-ZR** | Oppelner Str. 3 | 82194 Gröbenzell | E-Mail [datschutz@abz-zr.de](mailto:datschutz@abz-zr.de)  
[www.abz-zr.de](http://www.abz-zr.de)