

Anmeldebogen

Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen

Name, Vorname des Patienten geb. am _____

Name, Vorname des Versicherten (falls abweichend) geb. am _____

Straße / Nr. PLZ / Ort _____

Telefon / Handy Email-Adresse _____

Gesetzl. Krankenkasse Postbeamten A/B Basistarif Beihilfe Zusatzversicherung
Private Krankenkasse

Beruf Arbeitgeber (Adresse) Hausarzt _____

Besteht bei Ihnen eine der folgenden Erkrankungen? ja nein ggf. ergänzende Angaben

1. Erkrankungen des Herzens oder des Kreislaufs

2. Infektionskrankheiten (z. B. Hepatitis, AIDS, HIV, Tuberkulose)

3. Innere Krankheiten (z. B. Diabetes, Blutgerinnungsstörungen)

4. Allergien (auch gegen Arzneimittel)

5. Nehmen Sie momentan Medikamente ein? (Welche?)

6. Sonstige Erkrankungen (z.B. Schrittmacher)

7. Besteht eine Schwangerschaft?

8. Sind Sie mit Ihrer Zahnfarbe zufrieden?

9. Rauchen Sie? Wenn ja, wie viele Zigaretten täglich?

10. Besitzen Sie ein Bonusheft?

11. Haben Sie einen Hauszahnarzt? Name:.....

12. Möchten Sie von uns an die von Ihrer Krankenkasse empfohlenen Kontrolltermine erinnert werden (kostenfrei)?

Email SMS Anruf Nein

13. Wie sind Sie auf AllDent aufmerksam geworden?

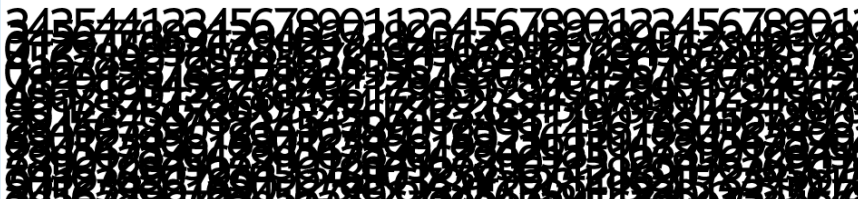
Jede Veränderung meiner Angaben teile ich vor einer weiteren Behandlung mit. Mir ist bekannt, dass die Betäubung eines Zahnes die Reaktionsfähigkeit im Straßenverkehr beeinträchtigen kann. Ich erkläre mich damit einverstanden, dass mir für vereinbarte Termine, die ich bei Verhinderung nicht absage, eine Ausfallgebühr in Höhe von Euro 100,- berechnet wird. Hinweis für Basistarif-/ Postbeamtenversicherte sowie Patienten mit Reise- oder Notfallversicherungen: diese Versicherungsbedingungen werden von AllDent nicht angenommen – ausgenommen für Notfallbehandlungen im Schmerzdienst. Eine Berechnung erfolgt frei nach der Gebührenordnung für Zahnärzte. Bitte beachten Sie, dass unser Empfangsbereich videoüberwacht ist.

Datum Unterschrift

Vielen Dank! Ihre Daten werden vertraulich behandelt und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Name, Vorname, Anschrift Patient(in)**

geboren am**



**Bitte diese Felder unbedingt ausfüllen

Liebe Patientin, lieber Patient,

wir möchten uns voll und ganz auf Sie und Ihre Behandlung konzentrieren. Deshalb haben wir uns dafür entschieden, die Abrechnung einem kompetenten Partner zu übertragen:



BFS health finance GmbH
Hülshof 24
44369 Dortmund
Tel. 0231-94 53 62-600
Fax 0231-94 53 62-688
patientenservice@meinebfs.de

BFS gewährleistet die zügige, unkomplizierte und korrekte Bearbeitung Ihrer Rechnung. Sie ist zugleich Ihr freundlicher und kompetenter Ansprechpartner in allen Belangen der Rechnung und bietet Ihnen auf Wunsch auch Teilzahlungsmöglichkeiten.

Um die Abrechnung in Zusammenarbeit mit BFS zu ermöglichen, benötigen wir Ihr schriftliches Einverständnis. Daher bitten wir Sie um Ihre Zustimmung durch Unterzeichnung der nebenstehenden Erklärungen.

Wir bedanken uns für Ihr Vertrauen.

Einverständniserklärung*

Gesetzliche(r) Vertreter(in) bei Minderjährigen/
Geschäftsunfähigen/beschränkt Geschäftsfähigen

Vorname

Nachname

Geburtsdatum

Straße

Nr.

PLZ/Ort

Ich erkläre mich ausdrücklich einverstanden mit der

- möglichen Anfrage durch den Behandler bei BFS bezüglich der Abrechnung über BFS, auch vor Aufnahme der Behandlung,
- Einholung einer Bonitätsinformation bei einer Auskunft durch BFS (unter Angabe von Name, Geburtsdatum und Anschrift des Patienten/Zahlungspflichtigen), soweit erforderlich,
- Abtretung der sich aus der Behandlung ergebenden Forderungen an BFS,
- Weiterabtretung der Forderungen durch BFS an die refinanzierende Bank (Landesbank Hessen-Thüringen Girozentrale),
- Übermittlung der für die Abrechnung und Geltendmachung der Forderungen erforderlichen Informationen (u.a. Name, Geburtsdatum, Anschrift, Diagnose, Leistungsziffern, Behandlungsdaten und -verläufe) an BFS und ggf. an die refinanzierende Bank,
- befristeten Nutzung meiner Daten durch BFS zur Prüfung des Entwicklungssystems und Optimierung interner Abläufe bei der Abrechnung; mit anschließender Löschung der Daten.

Ich wurde darüber informiert, dass BFS die Leistungen meines Behandlers mir gegenüber abrechnen und den Rechnungsbetrag bei mir geltend machen wird.



Dienstleister
mit geprüftem
Datenschutz-
management

www.tuv.com
ID 000044064

Behandler
(Praxisstempel/Klinikstempel)

Sollte es über die Berechtigung der Forderung unterschiedliche Auffassungen geben, kann der Behandler in einer etwaigen Auseinandersetzung als Zeuge gehört werden.

Nach Abschluss des Verfahrens werden die Daten gelöscht. Es gelten die gesetzlichen Aufbewahrungsfristen.

Schweigepflichtsentbindung

Ich entbinde meinen Behandler, seine Vertretung und BFS in dem aufgezeigten Rahmen jeweils von ihrer Schweigepflicht.

Vorstehende Erklärungen können mit Wirkung für die Zukunft schriftlich widerrufen werden.

Datum

Unterschrift Patient bzw. gesetzlicher Vertreter

* Streichungen und/oder Änderungen der vorstehenden Erklärungen sind nicht zulässig und machen die Einverständniserklärung unwirksam.