

DR. MED. DENT. MSc
ALEXANDRA ORDELHEIDE
ZAHNÄRZTIN

DR. MED. DENT.
KARSTEN ORDELHEIDE
ZAHNARZT



DR. MED. DENT.
REBEKKA BORRINK
ZAHNÄRZTIN

DR. MED. DENT.
NINA KLAHOLZ
ZAHNÄRZTIN

GIEVENBECK
Potstiege 3
48161 Münster
0251.861842
gievenbeck@dr-ordelheide.de

KREUZVIERTEL
Wichernstraße 22
48147 Münster
0251.272043
kreuzviertel@dr-ordelheide.de

HERZLICH WILLKOMMEN IN UNSERER PRAXIS

PATIENTENDATEN

Name, Vorname: _____
Geburtsdatum: _____
Geburtsort: _____
Anschrift: _____
Telefon/Mobil: _____
E-mail: _____
Krankenkasse: _____

Versicherter:
Name: _____
Vorname: _____
Geburtsdatum: _____

Für Privatversicherte: Bitte haben Sie Verständnis dafür, dass unsere Rechnungen nach der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) erstellt werden, und nicht nach der Erstattungsfähigkeit von Beihilfestellen. Mit unten stehender Unterschrift erkläre ich mich damit einverstanden.

Reagiert Ihr Kind überempfindlich auf bestimmte Stoffe, Penicillin, Jod, etc.? ja [] nein []

Wenn ja, auf welche Stoffe? _____

Nimmt ihr Kind regelmäßig Medikamente ein? ja [] nein []

Wenn ja, welche? _____

Hat Ihr Kind sonstige Erkrankungen? ja [] nein []

Wenn ja, welche? _____

War Ihr Kind vorher schon einmal beim Zahnarzt? ja [] nein []

Ist/war Ihr Kind in Kieferorthopädischer Behandlung? ja [] nein []

Behandelnder Kieferorthopäde: _____

Wie sind Sie und Ihr Kind auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

Empfehlung [] Praxisschild [] Internet []

Verschwiegenheit unsererseits ist selbstverständlich!

Ort, Datum

Unterschrift Erziehungsberechtigter

Einwilligung in die Verarbeitung personenbezogener Daten

Sehr geehrte/r Patient/in,

in unserer Praxis möchten wir aus organisatorischen Gründen auch Verarbeitungen von Daten vornehmen, für die jeweils eine Einwilligung des Patienten erforderlich ist.

Diese Verarbeitungen sind im Einzelnen unten aufgeführt und in einer Zahnarztpraxis durchaus üblich. Wir möchten Sie bitten, durch Ankreuzen und durch Ihre Unterschrift zu bestätigen, dass bzw. mit welchen Verarbeitungen Sie einverstanden sind. Ihre Behandlung ist hiervon selbstverständlich nicht abhängig. Sie haben die Möglichkeit, jede Einwilligung jederzeit durch formlose Mitteilung an uns zu widerrufen.

Die Art der verarbeiteten Daten, der Umfang der Verarbeitung und mögliche Empfänger sind in allen Fällen auf das für den jeweiligen Zweck Erforderliche beschränkt. Die Daten werden nach Zweckerfüllung gelöscht, soweit keine gesetzliche Aufbewahrungspflicht besteht. Es sind technische und organisatorische Maßnahmen getroffen, um die Daten gegen Manipulationen, Verlust, oder den Zugriff unberechtigter Personen zu schützen.

Verantwortlicher für die Datenverarbeitung und Ihr Ansprechpartner für Fragen ist Frau Dr. Nina Klaholz.

Ja, ich bin mit der Verarbeitung einverstanden.

1. Recall

Ein regelmäßiger Zahnarztbesuch ist sinnvoll und kann zu Einsparungen beim Zahnersatz führen. Mit unserem "Recall" erinnern wir Sie hieran gerne per Mail oder SMS normalerweise 6 Monate nach Ihrer letzten Untersuchung.

2. Abrechnung über externen Dienstleister

Wir nehmen uns viel lieber Zeit für Ihre Behandlung als für die Abrechnung. Sofern einmal private Zahlungen anfallen, beauftragen wir daher regelmäßig das Unternehmen BFS Health Finance, Hülshoff 24, 44369 Dortmund, uns diese Arbeit abzunehmen. Es handelt sich dabei um ein zuverlässiges, anerkanntes zahnärztliches Abrechnungsunternehmen. An dieses werden nur die für die Abrechnung erforderlichen Daten, insbesondere Ihre Kontaktdaten sowie die nach der Gebührenordnung für Zahnärzte/Ärzte erbrachten Leistungen übermittelt, soweit erforderlich auch mit uns geschlossene besondere Vereinbarungen, aber keine darüber hinausgehenden Gesundheitsdaten oder sonstige Informationen.

3. Terminerinnerungen

Gerne erinnern wir Sie auch in Zukunft an ihre bereits vereinbarten Termine. Hierfür werden Sie von uns per e-Mail oder SMS angeschrieben.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich,

Name: _____ Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

dass ich ausreichend über die jeweils beabsichtigten Verarbeitungen informiert bin und freiwillig mein Einverständnis in die Verarbeitungen erkläre, soweit ich diese oben nicht durchgestrichen habe.

In demselben Umfang, beschränkt auf den jeweils dargestellten Verarbeitungszweck, entbinde ich Dr. Alexandra Ordelheide und Dr. Karsten Ordelheide und das für die jeweilige Verarbeitung eingesetzte Personal von der zahnärztlichen Schweigepflicht.

Datum, Unterschrift
