

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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Infektionskrankheiten (z. B. Hepatitis, AIDS, HIV, Tuberkulose)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Innere Krankheiten (z. B. Diabetes, Blutgerinnungsstörungen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Allergien (auch gegen Arzneimittel)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Nehmen Sie momentan Medikamente ein? (Welche?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Sonstige Erkrankungen (z.B. Herzschrittmacher)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<hr/>			
7. Besteht eine Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Sind Sie mit Ihrer Zahnfarbe zufrieden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Rauchen Sie? Wenn ja, wie viele Zigaretten täglich?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Besitzen Sie ein Bonusheft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Haben Sie einen Hauszahnarzt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Name:.....
12. Wie sind Sie auf AllDent aufmerksam geworden?		

Ich erkläre mich ausdrücklich einverstanden mit: 1. Speicherung meiner Daten und Weitergabe an Dritte zur Erfüllung des Behandlungsvertrages und der Leistungsabrechnung (Details siehe Aushang im Wartezimmer und www.alldent.de). 2. Mitteilungspflicht bei Änderung der Daten. 3. Berechnung einer Ausfallgebühr in Höhe von Euro 100,- für versäumte Termine oder nicht mind. 24h vorher abgesagte Termine. 4. Versicherungsbedingungen von Basistarif-/ Postbeamten- / Reise- oder Notfallversicherungen werden nicht akzeptiert. Es erfolgt eine Berechnung frei nach der Gebührenordnung für Zahnärzte. 5. Videoüberwachung im Empfangs- / Flurbereich. 6. Erinnerung an jährliche Kontrolluntersuchung 7. Zusendung von E-Mails zur Verbesserung unserer Leistung über den EU-Dienstleister sendinblue (auf Grundlage von Standardvertragsklauseln). Ausführliche Hinweise erhalten Sie in unserer Datenschutzerklärung.

Datum Unterschrift

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.