

PATIENTENDATEN



Bewohner/-innen von Pflegeeinrichtungen

Unsere Mitarbeiterinnen helfen Ihnen gerne beim Ausfüllen. Selbstverständlich unterliegen alle Ihre Angaben der ärztlichen Schweigepflicht. Bitte teilen Sie uns ggf. Änderungen mit!

Patient

Name	Vorname	Geburtsdatum
------	---------	--------------

Einrichtung

Name und Anschrift der Einrichtung	
Behandelnder Arzt	Behandelnder Zahnarzt

Versicherungsstatus

Krankenkasse	Krankenkasse	Mitgliedsnummer
--------------	--------------	-----------------

gesetzlich versichert	<input type="checkbox"/> pflichtversichert <input type="checkbox"/> freiwillig versichert <input type="checkbox"/> mit Zusatzversicherung	Welche Zusatzversicherung?
-----------------------	---	----------------------------

privat versichert	<input type="checkbox"/> vollversichert <input type="checkbox"/> Basis-Tarif <input type="checkbox"/> Beihilfe	Welche Beihilfe?
-------------------	--	------------------

Pflegegrad

nach § 15 Abs. 1 SGB XI

<input type="checkbox"/> Pflegegrad 1 <input type="checkbox"/> Pflegegrad 2 <input type="checkbox"/> Pflegegrad 3 <input type="checkbox"/> Pflegegrad 4 <input type="checkbox"/> Pflegegrad 5

Eingliederungshilfe

<input type="checkbox"/> körperliche, geistige oder seelische Behinderung im Sinne von § 2 Abs. 1 SGB IX
--

Eingeschränkte Alltagskompetenz

<input type="checkbox"/> Schädigungen und Funktionsstörungen infolge demenzbedingter Fähigkeitsstörungen, geistiger Behinderungen oder psychischer Erkrankungen

Behördlicher Bescheid

<input type="checkbox"/> befristet bis: _____ <input type="checkbox"/> unbefristet
--

Betreuungssituation

<input type="checkbox"/> Der Patient kann die Praxis aus oben genannten Gründen nicht oder nur mit hohem Aufwand aufsuchen
<input type="checkbox"/> Der Patient ist nicht mehr fähig, seine eigenen, insbesondere rechtlichen Angelegenheiten zu besorgen (Betreuer oder Bevollmächtigter wurde beauftragt)

Kontaktdaten des Betreuers/Vorsorgebevollmächtigten

Name	Vorname
Straße, Hausnummer	PLZ, Ort
E-Mail	Telefon
Behandlungseinwilligung	<input type="checkbox"/> erteilt <input type="checkbox"/> nicht erteilt

Behandelnder Hausarzt

Praxis	Telefon
Straße, Hausnummer	PLZ, Ort

Ausfallrechnung bei Nichteinhaltung von Terminen:

Wir sind eine Bestellpraxis. Das bedeutet: Die für Sie geplanten Behandlungstermine reservieren wir ausschließlich für Sie. Falls Sie Ihren Termin nicht wahrnehmen können, informieren Sie uns bitte **mindestens 24 Stunden vorher**. Wir bitten um Verständnis, dass wir **nicht eingehaltene Termine ohne vorherige Absagen im Rahmen eines Ausfallhonorars in Rechnung stellen**. Das Ausfallhonorar beträgt ca. 50 € je angefangene halbe Stunde.

Einwilligungserklärung:

„Mit meiner Unterschrift willige ich in die Speicherung der Daten ausdrücklich ein. Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder durch E-Mail an die Praxis widerrufen kann. Mir ist bekannt, dass mein jederzeit möglicher Widerruf der Einwilligung die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt (Art. 7 Abs. 3 Satz 2 DSGVO).“

Datum	Unterschrift
-------	--------------