



Dres. Wetzel-Kaya  
Zahnärzte

## **Vereinbarung zum Ausfallhonorar bei Nicht-Erscheinen eines geplanten Behandlungstermins**

Sie kommen zur Zahnarztbehandlung in eine Praxis, die nach Bestellsystem geführt wird. Dies bedeutet, dass die vereinbarte Zeit ausschließlich für Sie reserviert ist und Ihnen hierdurch in der Regel die andernorts vielfach üblichen Wartezeiten erspart bleiben.

Dies bedeutet jedoch auch, dass Sie, wenn Sie die vereinbarten Termine nicht einhalten können, diese **spätestens 24 Stunden vorher absagen** müssen, damit wir die vorgesehene Zeit noch anderweitig verplanen können.

Diese Vereinbarung dient nicht nur der Vermeidung von Wartezeiten in organisatorischen Sinne, sondern begründet zugleich beiderseitige vertragliche Pflichten. So kann Ihnen, wenn Sie den Termin nicht rechtzeitig absagen, die vorgesehene Zeit und die Vergütung bzw. die ungenutzte Zeit gemäß § 615 BGB in Rechnung gestellt werden, es sei denn, an dem Versäumnis des Termins trifft Sie kein Verschulden. Es wird vereinbart, dass ansonsten Annahmeverzug dadurch eintritt, dass der vereinbarte Termin nicht fristgerecht abgesagt oder eingehalten wird.

Gemäß dieser Vereinbarung erlauben wir uns, Ihnen bei nicht fristgerechter Absage, die versäumte Zeit in Rechnung zu stellen.

**Für den versäumten Termin erlauben wir uns 45,- zu berechnen.**

Vielen Dank für Ihr Verständnis!

Ich bin mit der o. g. Regelung einverstanden!

\_\_\_\_\_  
Ort/Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient/Zahlungspflichtiger bzw. gesetz. Vertreter

# Patienteninformation zum Datenschutz

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

der Schutz Ihrer personenbezogenen Daten ist uns wichtig. Nach der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) sind wir verpflichtet, Sie darüber zu informieren, zu welchem Zweck unsere Praxis Daten erhebt, speichert oder weiterleitet. Der Information können Sie auch entnehmen, welche Rechte Sie beim Datenschutz haben.

## 1. ZWECK DER DATENVERARBEITUNG

Die Datenverarbeitung erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben, um den Behandlungsvertrag zwischen Ihnen und Ihrem Zahnarzt und die damit verbundenen Pflichten zu erfüllen. Hierzu verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten, insbesondere Ihre Gesundheitsdaten. Dazu zählen Anamnesen, Diagnosen, Therapieempfehlungen und Befunde, die wir oder andere Ärzte und Zahnärzte erheben. Zu diesen Zwecken können uns auch Ärzte und Zahnärzte, bei denen Sie in Behandlung sind, Daten zur Verfügung stellen (z. B. in Arztbriefen oder Röntgenbildern). Die Erhebung von Gesundheitsdaten ist Voraussetzung für Ihre Behandlung. Werden die notwendigen Informationen nicht bereitgestellt, kann eine sorgfältige Behandlung nicht erfolgen.

## 2. EMPFÄNGER IHRER DATEN

Wir übermitteln Ihre personenbezogenen Daten nur dann an Dritte, wenn dies gesetzlich erlaubt ist und Sie eingewilligt haben. Empfänger Ihrer personenbezogenen Daten können vor allem andere Zahnärzte, Ärzte, Zahntechniker etc. Psychotherapeuten, Kassen(zahn)ärztliche Vereinigungen, Krankenkassen, der Medizinische Dienst der Krankenversicherung, Ärztekammern und privatärztliche Verrechnungsstellen sein. Die Übermittlung erfolgt überwiegend zum Zwecke der Abrechnung der bei Ihnen erbrachten Leistungen, zur Klärung von medizinischen und sich aus Ihrem Versicherungsverhältnis ergebenden Fragen. Im Einzelfall erfolgt die Übermittlung von Daten an weitere berechtigte Empfänger.

## 3. SPEICHERUNG IHRER DATEN

Wir bewahren Ihre personenbezogenen Daten nur solange auf, wie dies für die Durchführung der Behandlung erforderlich ist. Aufgrund rechtlicher Vorgaben sind wir dazu verpflichtet, diese Daten mindestens 10 Jahre nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren. Nach anderen Vorschriften können sich längere Aufbewahrungsfristen ergeben, zum Beispiel 30 Jahre bei Röntgenaufzeichnungen gemäß § 28 Absatz 3 der Röntgenverordnung.

## 4. IHRE RECHTE

Sie haben das Recht, über die Sie betreffenden personenbezogenen Daten Auskunft zu erhalten. Auch können Sie die Berichtigung unrichtiger Daten verlangen. Darüber hinaus steht Ihnen unter bestimmten Voraussetzungen das Recht auf Löschung von Daten, das Recht auf Einschränkung der Datenverarbeitung sowie das Recht auf Datenübertragbarkeit zu. Die Verarbeitung Ihrer Daten erfolgt auf Basis von gesetzlichen Regelungen. Nur in Ausnahmefällen benötigen wir Ihr gesondertes Einverständnis. In diesen Fällen haben Sie das Recht, die Einwilligung für die zukünftige Verarbeitung zu widerrufen. Sie haben ferner das Recht, sich bei der zuständigen Aufsichtsbehörde für den Datenschutz zu beschweren, wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht rechtmäßig erfolgt.

Die Anschrift der für uns zuständigen Aufsichtsbehörde lautet:

Name/Anschrift: .....

## 5. RECHTLICHE GRUNDLAGEN

Rechtsgrundlage für die Verarbeitung Ihrer Daten ist Artikel 9 Absatz 2 lit. h) DSGVO in Verbindung mit Paragraph 22 Absatz 1 Nr. 1 lit. b) Bundesdatenschutzgesetz. Sollten Sie Fragen haben, können Sie sich gern an uns wenden.

Die Datenschutzbeauftragte/n sind Sache der Bundesländer und daher regional organisiert.

Übersicht: [https://www.datenschutz-wiki.de/Aufsichtsbehörden\\_und\\_Landesdatenschutzbeauftragte](https://www.datenschutz-wiki.de/Aufsichtsbehörden_und_Landesdatenschutzbeauftragte)

Name/Anschrift: .....

## 6. VERANTWORTLICHKEIT FÜR DIE DATENVERARBEITUNG IN DER ZAHNARZTPRAXIS

Verantwortlicher i. S. d. Art. 4 Nr. 7 DSGVO: .....

Praxisname, Adresse, Kontaktdaten: .....

(Falls vorhanden, ansonsten ggf. streichen): Unsere(n) Datenschutzbeauftragte(n) erreichen Sie unter:

Name, Telefon, E-Mail-Adresse: .....

Ihr Praxisteam

# Patienteneinwilligung zum Datenschutz

## Anmeldung

### Patient/in:

Name	Vorname	geb. am
Straße/Nr.		PLZ/Ort
Telefon mobil	privat	geschäftlich
E-Mail		
Arbeitgeber		Beruf
Name der Versicherung/Krankenkasse		
<input type="checkbox"/> beihilfeberechtigt	<input type="checkbox"/> freiwillig versichert?	
<input type="checkbox"/> Zusatzversicherung	wenn ja, bei wem .....	
<input type="checkbox"/> Kostenerstattung	<input type="checkbox"/> Basistarif	

### Versicherte/r (nur falls anders als oben angeben)

Name	Vorname	geb. am
Straße/Nr.		PLZ/Ort
Arbeitgeber		

Liebe Patientin, lieber Patient,

die Datenverarbeitung erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben, um den Behandlungsvertrag zwischen Ihnen und Ihrem Zahnarzt und die damit verbundenen Pflichten zu erfüllen. Dazu werden insbesondere folgende personenbezogene Daten verarbeitet:

Name, Adresse und Kontaktdaten, Geburtsdatum, Versicherungsstatus und Bankverbindung, Anamnesen, Diagnosen, Therapievorschlage und Befunde, die wir oder andere Arzte und ZahnArzte erhoben haben, einschließlich Arztbriefe und Ergebnisse bildgebender Verfahren (z. B. Rontgenbilder).

Diese personenbezogenen Daten werden von uns unter strikter Beachtung des Datenschutzes nur dann an Dritte weitergegeben, wenn dies aus medizinischen oder abrechnungstechnischen Grunden erforderlich ist. Die Weitergabe erfolgt nur im Rahmen des Behandlungsauftrages und zu Zwecken der Abrechnung erbrachter Leistungen an andere ZahnArzte, Arzte, Zahntechniker, KassenzahnArztliche Vereinigungen, Krankenkassen oder privatArztliche Verrechnungsstellen und nur in dem Umfang, der zur Erreichung des Zweckes der Weitergabe erforderlich ist.

Mit meiner Unterschrift willige ich in die Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten und die Weitergabe an die o. g. Dritten ein. Meine Rechte, insbesondere zum Widerruf dieser Einwilligung, sind mir bekannt (siehe Vorderseite unter „Ihre Rechte“). Die Einwilligung kann ich jederzeit schriftlich oder per Email an die Praxis mit Wirkung fur die Zukunft widerrufen.

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift Patient/Versicherter



**Dr. med. dent. Martina Wetzel-Kaya**  
**Dr. med. Dr. med. dent. Selman Kaya**  
**ZA. Wissem Moulaa**

Zahnärzte  
 Implantologie · Umweltmedizin · Endodontie

## Anamnesebogen

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Ihr Befinden, Krankheiten, Allergien, die Einnahme von Medikamenten können Einfluss auf die zahnärztliche / ärztliche Behandlung nehmen. Deshalb benötigen wir einige Angaben von Ihnen über Ihren Gesundheitszustand. Mit der elektronischen Speicherung Ihrer Daten erklären Sie sich hiermit einverstanden.

Name:	Tel.:
Vorname:	E-Mail:
Geb. Datum:	
Straße:	
PLZ / Ort:	
Krankenkasse:	
Hauptversicherter: (Name)	
Überweisender Arzt / Zahnarzt:	

	JA	NEIN
Rauchen Sie ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn JA, wieviele Zigaretten pro Tag ? _____		
Neigen Sie zur Ohnmacht ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie zu hohen Blutdruck ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie zu niedrigen Blutdruck ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie unter Durchblutungsstörungen ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie <b>Herzerkrankungen</b> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn JA, welche ? (Infarkt, Bypass etc.)		
Nehmen Sie Medikamente zur Endokarditis-Prophylaxe ein ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nehmen Sie Bisphosphonate ein ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie einen <b>Herzschrittmacher</b> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Herzprobleme ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie einen <b>Schlaganfall</b> erlitten ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nehmen Sie ...		
... <b>Blutverdünner</b> (z.B. ASS, Marcumar) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... <b>Immunsuppressiva</b> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... <b>Psychopharmaka</b> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn JA, nennen Sie uns bitte Namen und Telefon-Nummer Ihres Hausarztes:		

**Welche Medikamente** nehmen Sie zur Zeit ein ?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

	JA	NEIN
Leiden Sie unter...		
... Tumorerkrankungen (Krebs) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Zuckerkrankheit (Diabetes) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- HbA1 c-Wert ? _____		
... Mundtrockenheit ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Blutgerinnungsstörung ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Augenerkrankungen ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Schilddrüsenerkrankungen ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Lebererkrankungen (z.B. Hepatitis) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Nierenerkrankungen ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Atemwegserkrankungen ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Magen-Darm-Erkrankungen ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Nervenerkrankungen ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Anfallsleiden (Epilepsie) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Immunschwäche (HIV positiv) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Osteoporose ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... sonstige Erkrankungen (z.B. Migräne) ?		
<b>Haben Sie Allergien ?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn JA, wogegen (z.B. Medikamente)		
Haben Sie Probleme bei örtl. Betäubungen ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bluten Sie sehr lange bei Verletzungen ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Sie <b>schwanger</b> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Termine

**Wir reservieren Ihre Termine exklusiv für Sie.**  
**Sollten Sie einen Termin nicht wahrnehmen können, sagen Sie ihn bitte bis spätestens 24 Stunden vorher ab.**  
 Für nicht rechtzeitig abgesagte Termine behalten wir uns vor, eine Rechnung zu stellen.

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

# Wichtige Informationen zu Ihrer Privatabrechnung (Art. 12 ff. DSGVO in Verbindung mit §§ 32 ff. BDSG-neu) und zu Ihrer Bonitätsprüfung

Liebe Patientin, lieber Patient,

wir möchten uns ganz auf Sie und Ihre Behandlung konzentrieren. Deshalb haben wir uns dafür entschieden, das Management unserer Patientenrechnungen an eine Partnerin unseres Vertrauens zu übergeben. Die Health Coevo AG, kurz Health AG, ermöglicht die zügige und korrekte Bearbeitung Ihrer Rechnungen. Das entlastet uns in unserer Verwaltung und somit haben wir mehr Zeit für Sie. Wenn Sie Fragen zur Rechnung haben oder in bequemen Raten zahlen möchten, kontaktieren Sie gern die Health AG. Ihre Angaben sind dort in guten Händen. Ihre Daten werden von dem Unternehmen so behandelt, wie es die Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) und das Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) vorschreiben, und nicht unbefugt an Dritte weitergegeben. Damit die Abrechnung in Zusammenarbeit mit der Health AG möglich wird, benötigen wir Ihr schriftliches Einverständnis.

Die von der Health AG verarbeiteten Gesundheitsdaten werden ab Zweckfortfall gesperrt und nach Ablauf der gesetzlichen Aufbewahrungsfristen gelöscht. Sie haben das Recht, über die Sie betreffenden personenbezogenen Daten Auskunft zu erhalten. Auch können Sie die Berichtigung unrichtiger Daten verlangen. Darüber hinaus steht Ihnen unter bestimmten Voraussetzungen das Recht auf Löschung von Daten, das Recht auf Einschränkung der Datenverarbeitung sowie das Recht auf Datenübertragbarkeit zu. Ihre Anliegen zum Datenschutz richten Sie bitte unmittelbar an die/den Datenschutzbeauftragte/-n der Health AG, E-Mail: [datenschutz@healthag.de](mailto:datenschutz@healthag.de). Weitere Informationen zum Datenschutz bei der Health AG finden Sie unter [www.healthag.de/datenschutz](http://www.healthag.de/datenschutz)

Sie haben ferner das Recht, sich bei der zuständigen Aufsichtsbehörde für den Datenschutz zu beschweren, wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht rechtmäßig erfolgt. Die Kontaktdaten der zuständigen Aufsichtsbehörde lauten:

Der Hamburgische Beauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit  
Kurt-Schumacher-Allee 4 | 20097 Hamburg  
T +49 40 42854-4040/4000 | [mailbox@datenschutz.hamburg.de](mailto:mailbox@datenschutz.hamburg.de)

Bitte unterschreiben Sie hierfür diese Einwilligungserklärung.  
Vielen Dank!

Ihr Praxis-/Klinikteam

Health Coevo AG  
Patientenservice  
Lübeckertordamm 1-3  
20099 Hamburg

T +49 40 524 709-000  
[info@healthag.de](mailto:info@healthag.de)  
[www.healthag.de](http://www.healthag.de)

 **Health**AG

Krankenkasse bzw. Kostenträger:

Angaben d. Patient\*in

Name, Vorname, Anschrift d. Patient\*in:

Geboren am:

Angaben d. Rechnungsempfänger\*in

Name, Vorname, Anschrift d. gesetzlichen Vertreter\*in/Rechnungsempfänger\*in:

Geboren am:

\* Eltern/Vormund/Betreuer\*in bei Patient\*innen unter 18 Jahren/Geschäftsfähigen/beschränkt Geschäftsfähigen.

Weitere Informationen zur Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten können Sie abrufen unter: [www.healthag.de/datenschutz](http://www.healthag.de/datenschutz)

# Einwilligungserklärung

Der/die Patient\*in, ggf. der/die gesetzliche Vertreter\*in mit Alleinvertretungsmacht, erklärt:

Ich bin einverstanden

- mit der Übermittlung der zum Zwecke der Abrechnung und Geltendmachung von Forderungen aus der Behandlung erforderlichen Informationen, einschließlich Gesundheitsdaten (Name, Anschrift, Geburtsdatum, Befunde, Maßnahmen und Ergebnisse, Behandlungsverläufe), an die Health Coevo AG, Lübeckertordamm 1-3, 20099 Hamburg, kurz Health AG, und der zu diesem Zweck dort erfolgenden Verarbeitung,
- mit der Rechnungsstellung durch die Health AG in eigenem Namen und auf eigene Rechnung sowie der Abtretung der Forderung(en) an die Health AG und entbinde insoweit meine Behandelnden und ihre berufsmäßig tätigen Gehilf\*innen (vgl. Stempel) sowie die Health AG von der Schweigepflicht, sofern dies für die Geltendmachung der Forderung(en) durch die Health AG erforderlich ist. Ich weiß, dass Einwände gegen die Forderung(en) gegenüber der Health AG zu erheben und dabei unter Umständen Einzelheiten aus der Behandlung offenzulegen sind und meine Behandelnden und ihre berufsmäßig tätigen Gehilf\*innen im Rahmen einer möglichen Auseinandersetzung mit der Health AG als Zeug\*innen vernommen werden können.

Ich bin ferner damit einverstanden, dass die Health AG Informationen über meine Bonität bei Wirtschaftsauskunfteien einholt. Zu diesem Zweck stellen die CRIF Bürgel GmbH (Leopoldstr. 244, 80807 München) und/oder die Creditreform Boniversum GmbH (Hellersbergstr. 11, 41460 Neuss) Adress- und Bonitätsdaten einschließlich auf Basis eines wissenschaftlich anerkannten mathematisch-statistischen Verfahrens ermittelter Wahrscheinlichkeitswerte zur Verfügung. In die Berechnung von Wahrscheinlichkeitswerten fließen ggf. Anschriftendaten ein.

Ich erteile meine Einwilligung freiwillig und bin darüber informiert, dass eine Behandlung nicht von der Erteilung abhängig ist. Meine Zustimmung gilt auch für zukünftige Behandlungen und kann von mir jederzeit mit Wirkung für die Zukunft gegenüber meinen Behandelnden und ihren berufsmäßig tätigen Gehilf\*innen oder der Health AG widerrufen werden. Die bis zum Widerruf getätigte Datenverarbeitung sowie erfolgte Rechnungsstellung der Health AG bleiben hiervon unberührt.

Datum

Praxis-/Klinikstempel

Unterschrift Patient\*in / ggf. gesetzlicher/  
gesetzliche Vertreter\*in