

Z a h n a r z t

  
**DR. MUNDORF**  
Oral Care & Aesthetics

Rahlstedter Straße 126  
Eingang & Parken Wesenbergallee 1  
22143 Hamburg  
Tel.: 040 / 66 85 41 77  
Fax: 040 / 66 85 41 76

#### Anfahrt mit öffentlichen Verkehrsmitteln:

- Die nächsten Bushaltestellen sind:
  - Linie 9, Haltestelle Wilhelm-Grimm-Straße
  - Linie 26, Haltestelle Liliencronpark
  - Linie 162, 163, 164, Haltestelle Amtsstraße
- Der Rahlstedter Bahnhof ist 5 Gehminuten (ca. 450m) von der Praxis entfernt

#### Anfahrt mit dem Auto:

- Der barrierefrei Zugang zur Praxis und ausreichend Parkplätze befinden sich in der Wesenbergallee 1



Zahnarztpraxis  
**Dr. Sönke Mundorf**

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

Tel. priv.: \_\_\_\_\_ Handy: \_\_\_\_\_ Fax priv.: \_\_\_\_\_

E-mailAdresse: \_\_\_\_\_ Tel. gesch.: \_\_\_\_\_

Geb.datum + -ort: \_\_\_\_\_ Wer hat uns empfohlen? \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_ Arbeitgeber: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_ priv. Zusatzversicherung: \_\_\_\_\_

Sind Sie Beihilfeberechtigt? ja nein Sind Sie im Basistarif versichert? ja nein

Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmitglied sind, wer ist Mitglied ?

Name, Vorname: \_\_\_\_\_ Geb. des Versicherten: \_\_\_\_\_

Straße / Ort: \_\_\_\_\_

**Weswegen begeben Sie sich in Behandlung ?**

Bitte im folgenden **zutreffendes umkreisen !!!**

Haben Sie Zahnschmerzen ?	ja nein	Haben Sie Kiefergelenksschmerzen?	ja nein
Blutet Ihr Zahnfleisch ?	ja nein	Wünschen Sie über künstliche Zähne	
Zieht sich Ihr Zahnfleisch zurück ?	ja nein	(Implantate) aufgeklärt zu werden ?	ja nein
Sind Ihre Zähne gelockert ?	ja nein	Wurden Zahnrontgenbilder erstellt ?	ja nein
Möchten Sie von uns an den nächsten		Wann ? _____	
Prophylaxetermin erinnert werden ?	ja nein	Leiden Sie an Mundgeruch ?	ja nein
Schnarchen Sie ?	ja nein		
Möchten sie über bio-logische Zahnheilkunde informiert werden?			ja nein

**Was sind Ihre Wünsche? Was ist Ihnen wichtig, damit Sie sich in unserer Praxis wohlfühlen?**

**Bestehen gesundheitliche Risiken?**

Wenn ja, welche ? _____	Leiden Sie an Zucker (Diabetes) ?	ja nein
Haben Sie zu niedrigen / hohen Blutdruck? ja nein	Leiden Sie an Schilddrüsenerkr. ?	ja nein
Leiden Sie an Herz-/Kreislaufkrankungen? ja nein	Leiden Sie an Magen-/ Darmerkr. ?	ja nein
Wenn ja, welche ? _____	Leiden Sie an Epilepsie ?	ja nein
Sind Sie empfindlich gegen bestimmte Stoffe,	Haben Sie Zahnarztangst ?	ja nein
Medikamente, Metall etc ? ja nein	Leiden Sie an Migräne ?	ja nein
Welche? _____	Leiden Sie an grünem Star ?	ja nein
Haben Sie einen Allergiepaß ? ja nein	Leiden Sie an einer Prostataerkr. ?	ja nein
Nehmen Sie Medikamente gegen die	Leiden Sie an Würgereiz ?	ja nein
Blutgerinnung ein ? ja nein	Leiden Sie an Rheuma ?	ja nein
Bestehen Infektionserkrankungen? (z.B. Hepatitis,	Leiden Sie an Asthma ?	ja nein
Aids, Tuberkulose, Kinderkrankheiten o.a.) ja nein	Besteht eine Schwangerschaft ?	ja nein
Wenn ja, Welche ? _____	Wer ist Ihr Hausarzt ? _____	
Nehmen Sie Medikamente ? ja nein	bitte mit Telefon _____	
Wenn ja, Welche ? _____	Rauchen Sie ?	ja nein
	Wenn ja wie viel ? _____	
Hatten Sie jemals einen Unfall	Leiden Sie an Osteoporose, M. Paget,	
mit Gesichtsbeteiligung ? ja nein	Plasmozytom, Myelom ?	ja nein
Wurden die Mandeln bei Ihnen entfernt? ja nein	Wurden/werden Sie mit Bisphosphonaten	
	behandelt ???	ja nein

Wie ist Ihre seelische Verfassung ( Schulnote von 1-6)

**Haben Sie eine der folgenden oder andere "Beinahe-Krankheiten": Energiedefizit, schlechter Schlaf, Müdigkeit, Konzentrationsschwierigkeiten, Brainfog?**

**Haben Sie andere chronische Krankheiten, gesundheitliche Probleme, "Zipperlein" oder Gelenkprobleme. Wenn ja weche? Wo?**

**Bitte beantworten Sie die Fragen in ihrem eigenen Interesse. Verschwiegenheit unsererseits ist selbstverständlich. Danke für Ihre Mitarbeit.**

**Wichtige Information:**

**Als reine Bestellpraxis bitten wir Sie, Ihre Termine pünktlich einzuhalten.**

**Sollten Sie einen Termin nicht wahrnehmen können, teilen Sie uns dies bitte bis spätestens 48 Stunden vorher mit. Danke. Andernfalls werden wir ein Ausfallhonorar erheben.**

Ich bestätige, vorstehende Angaben nach bestem Wissen gemacht zu haben, die Information zum Terminsystem und die Datenschutzerklärung (Handout in der Praxis und <https://www.dr-mundorf.de/datenschutz/>) zur Kenntnis genommen zu haben.

Ort, Datum, Unterschrift

Name, Vorname und Anschrift der Patientin/des Patienten

Geburtsdatum

Name, Vorname

Geburtsdatum

Straße

PLZ, Ort

Stellung zur Patientin/zum Patienten:

Elternteil\*\*    Betreuer/-in    Ehegattin/-gatte  
oder

\*\* Bei gemeinsamem Sorgerecht wird die nachstehende  
Erklärung auch im Namen des anderen Elternteils  
abgegeben.

Pflichtfeld – per Hand ausfüllen oder per EDV bedrucken

Haben sich Ihre Daten geändert? Sprechen Sie uns bitte an.

## Einverständniserklärung

### Ich erkläre mich einverstanden mit der

- Weitergabe der zur Abrechnung und Geltendmachung der Forderungen jeweils erforderlichen Informationen, insbesondere von Daten aus der Patientenkartei (Name, Geburtsdatum, Anschrift, Befunde, Behandlungsdaten und -verläufe), an die DZR Deutsches Zahnärztliches Rechenzentrum GmbH (DZR) und der dort vorzunehmenden Verarbeitung dieser Daten.
- möglichen Einholung einer Information durch DZR bei einer Auskunftei zur Prüfung meiner Bonität. Die Praxis und/oder DZR teilen auf Nachfrage Name und Adresse der Auskunftei mit.
- Abtretung der sich aus der Behandlung ergebenden Forderungen an DZR.
- im Rahmen der Refinanzierung erfolgenden Weiterabtretung der Forderungen durch DZR an die Deutsche Apotheker- und Ärztebank e. G., Düsseldorf (apoBank).

Ich wurde darüber aufgeklärt, dass DZR die Leistungen meiner Praxis mir gegenüber im eigenen Namen in Rechnung stellen und für sich geltend machen wird. Sollte es über die Berechtigung der Forderungen unterschiedliche Auffassungen geben, kann die Zahnärztin/Ärztin, der Zahnarzt/Arzt in einer etwaigen Auseinandersetzung als Zeugin/Zeuge gehört werden.

Ich entbinde meine Zahnärztin/Ärztin, meinen Zahnarzt/Arzt sowie DZR von der Schweigepflicht, soweit dies für die Abrechnung, Prüfung und Geltendmachung der Forderungen erforderlich ist; auch zugunsten der apoBank.

Diese Zustimmung kann jederzeit – allerdings nur mit Wirkung für die Zukunft – widerrufen werden. Der Widerruf ist entweder gegenüber der Praxis oder DZR zu erklären.

Umseitige Informationen zum Datenschutz habe ich zur Kenntnis genommen. Eine Kopie dieser Einverständniserklärung habe ich erhalten.

Ort/Datum

Unterschrift Patient/-in bzw. gesetzl. Vertreter/-in\*  
und ggf. abweichende/-r Rechnungsempfänger/-in

\*bei Personen unter 18 Jahren/Geschäftsunfähigen/beschränkt Geschäftsfähigen

**DZR** Deutsches  
Zahnärztliches  
Rechenzentrum GmbH

Marienstraße 10 | 70178 Stuttgart

Praxisstempel

  
**DR. MUNDORF**  
Zahnarzt

Dr. med. dent Sönke Mundorf  
Rahlstedter Str. 126 · 22143 Hamburg  
Tel. 040/66 85 41 77

Fax 040/66 85 41 76 · www.dr-mundorf.de

Bitte händigen Sie Ihren Patienten eine Zweitschrift aus.

# Informationen zu Ihrer Rechnung

Liebe Patientin, lieber Patient,

das Wichtigste für Ihren Behandlungserfolg ist, dass Ihre Praxis sich zu 100 Prozent auf Sie konzentrieren kann. Um hierfür möglichst viel Zeit zu haben, hat Ihre Praxis die Abrechnung der DZR Deutsches Zahnärztliches Rechenzentrum GmbH (DZR) übertragen. Die Rechnungsstellung über DZR ist für Sie selbstverständlich kostenlos.

DZR gewährleistet die korrekte Bearbeitung der von Ihrer Praxis vorgegebenen Rechnungen. Aufgrund jahrzehntelanger Erfahrung in der Abrechnung entlastet DZR Ihre Praxis deutlich bei den Verwaltungstätigkeiten. Die eingesparte Zeit kommt somit voll und ganz Ihnen zugute.

Für Ihre Fragen zur Abrechnung stehen Ihnen die kompetenten Mitarbeiter von DZR gerne zur Verfügung. Insbesondere helfen Ihnen die Experten bei der Durchsetzung Ihrer Erstattungsansprüche gegenüber Krankenkassen oder anderen Kostenträgern. Zusätzlich bietet

Ihnen DZR an, Ihre Rechnung in Teilbeträgen zu begleichen.

Nach geltender Rechtslage ist es erforderlich, dass Sie Ihre Einwilligung mit diesem Abrechnungsweg schriftlich erklären. Daher bitten wir Sie um Ihre Zustimmung. Bitte unterschreiben Sie hierzu die Einverständniserklärung auf der Vorderseite. DZR wird Ihre Daten ausschließlich auf Basis dieser Einverständniserklärung verarbeiten.

Selbstverständlich ist DZR gesetzlich zur Verschwiegenheit verpflichtet. Darüber wacht der Datenschutzbeauftragte von DZR. Weitere Informationen zum Datenschutz und zu Ihren Rechten entnehmen Sie bitte dem Merkblatt „Informationen zum Datenschutz“, das Ihnen Ihre Praxis gerne überlässt, oder unter [www.dzr.de/dsgvo](http://www.dzr.de/dsgvo).

Herzlichen Dank für Ihr Vertrauen.

Kontaktdaten von DZR und des Datenschutzbeauftragten:

**DZR** Deutsches  
Zahnärztliches  
Rechenzentrum GmbH

Sitz und Amtsgericht: Stuttgart HRB 0668

**Hauptsitz Stuttgart:**  
Marienstraße 10  
70178 Stuttgart  
Telefon 0711 61947-40  
Telefax 0711 61947-30

**Niederlassung Neuss:**  
Hoyweg/Kamml-Traße 7  
41460 Neuss  
Telefon 02131 5673-0  
Telefax 02131 5673-56

**Hanseatische Niederlassung:**  
Hindenburgweg 51  
21097 Hamburg  
Telefon 040 237802 0  
Telefax 040 237802 78

**Niederlassung FRH:**  
Marienstraße 12  
70178 Stuttgart  
Telefon 0711 36511-200  
Telefax 0711 36511-201

Datenschutzbeauftragter DZR | Marienstraße 10 | 70178 Stuttgart | e-Mail [dahmschulz@dzr.de](mailto:dahmschulz@dzr.de)