



MEIN
MEDENTA
mein Zahnarzt

Anmeldebogen

Der vorliegende Anmeldebogen ist zur Optimierung Ihrer Behandlung, wahrscheinlich **länger** und **ausführlicher**, als Sie es von anderen Ärzten kennen. Vielen Dank für Ihr geduldiges Verständnis!

Adresse des Patienten

NACHNAME: _____ Vorname: _____

Geboren am: _____

Ihre Adresse lautet: _____

Ort mit Postleitzahl, Land: _____

Damit wir Sie bei Terminverschiebungen umgehend, erreichen können, bitten wir um alle Telefonnummern, unter denen wir Sie erreichen können. Ein kostenloser Service unserer Praxis ist die automatische Terminerinnerung per SMS auf Ihr Handy 2 Tage vor Ihrem Termin (Hinweis: Rückantwort ist leider nicht möglich).

Festnetz: _____ Mobiltelefon: _____

Telefon am Arbeitsplatz: _____ Faxnummer: _____

E-Mail-Adresse (bitte in Druckbuchstaben schreiben):

Mein Beruf ist: _____

Arbeitgeber: _____

Gesetzlich Versicherter

(falls Sie über eine andere Person versichert sind)

Name des Versicherten: _____ Vorname: _____

Geboren am: _____

Straße: _____

Ort mit PLZ: _____

Mein Medenta – mein Zahnarzt
Michael Riedel

Rosenkavalierplatz 5
81925 München
Tel.: 089 – 91 93 09
E-Mail: info@mein-medenta.de

Patientenstatus/Zusatzversicherung

- Ja, ich habe eine Zusatzversicherung. Wenn ja welche? _____
- Nein, ich habe keine Zusatzversicherung.

Privatpatient

- Ich bin beihilfeberechtigt.
- Bei welcher Versicherung sind Sie versichert? _____

Recallservice

Seit mehr als 10 Jahren gibt es jetzt das Bonusheft zur Bestimmung des Festzuschusses (Bonus). Kinder ab 6 Jahren und Jugendliche müssen zur Erhaltung des Bonus mindestens 1mal pro Halbjahr zur Prophylaxe kommen. Bei Erwachsenen ist mindestens eine jährliche Kontrolluntersuchung vorgeschrieben. Fehlt ein Jahr, so ist alles davor Gesammelte wertlos. Deswegen bieten wir Ihnen einen kostenlosen Erinnerungsservice (Recall) zur nächsten Kontrolle oder Prophylaxe bzw. Zahnschutz-Termine an.

Innerhalb eines Jahres kann eine Kariesstelle im Zwischenraum, von Ihnen unbemerkt, sehr groß werden. Unvermeidbare Wurzelbehandlungen sind oft die Folge. Deshalb ist zur Sicherheit eine halbjährliche Kontrolluntersuchung wissenschaftlich empfohlen.

- Ja, bitte erinnern Sie mich – so oft wie nötig – an die nächste Kontrolluntersuchung bzw. Zahnreinigung.
- Bitte erinnern Sie mich nur halbjährlich.
- Bitte erinnern Sie mich nur jährlich.
- Nein, ich möchte keinen Erinnerungsservice.

Ich wünsche diesen Service:

- per Post
- per E-Mail.

Allgemeine medizinische Anamnese

Für eventuelle Rückfragen (z.B. über Medikamente) kann es ratsam sein, uns die Adresse Ihres Hausarztes mitzuteilen.

Auch alternative Heilmethoden sind uns vertraut. Generell betrachten wir unseren zahnärztlichen Auftrag als ganzheitlich.

Mein/e Hausarzt/-ärztin ist: (bitte Name und Adresse oder Telefonnummer)

Mein/e Heilpraktiker/-in ist: (bitte Name und Adresse oder Telefonnummer)

Mindestens jeder Zehnte leidet unter Kopfschmerzen, die zahnmedizinische Ursachen haben (sogenannte CMD-Problematik),

- Ich leide mehrmals pro Monat an Kopfschmerzen.
- Ich leide mehrmals pro Monat an Nacken-/Schulterschmerzen.
- Ich leide mehrmals pro Monat an Rückenschmerzen.
- Meine Kiefergelenke knacken und/oder schmerzen.
- Ich knirsche oder presse nachts mit den Zähnen.
- Ich leide an Tinnitus (Ohrgeräuschen).
- Ich habe eine Knirscherschiene.
- Ich war/bin in orthopädischer Behandlung bei: _____
- Ich bin in physiotherapeutischer Behandlung bei: _____

Weitere Informationen zu diesem Thema finden Sie im Internet unter www.cmd-check.de oder auf unserer Homepage unter: <https://www.mein-medenta.de/leistungen/kiefergelenk-und-zähneknirschen>.

Auch Ihre allgemeinmedizinischen Erkrankungen sind für zahnärztliche Behandlungen von Bedeutung. Dieser Teil sollte unbedingt ausgefüllt werden!

Welche **Medikamente** nehmen Sie ein? Sie besitzen einen Medikamentenpass? Bitte bringen Sie diesen mit.



Welche **Allergien** sind festgestellt worden? _____

Haben Sie einen Allergiepass? ja nein
Haben Sie eine Erkrankung des **Herzens** oder der **Atmung**?
Asthma? ja nein
Haben Sie Ihr Spray bei sich? ja nein
Herzschwäche? ja nein
Herzklappenersatz? ja nein
Herzrhythmusstörung? ja nein
Herzinfarkt ja nein
wann: _____

Kreislaufkrankungen:

Wie ist Ihr Blutdruck? zu hoch zu niedrig, normal oder weiß ich nicht
Haben Sie eine verzögerte Blutgerinnung (Blutgerinnungsstörung)?
Sind sie Bluter (Hämophilie)? ja nein
Nehmen Sie Blutgerinnungshemmer ein? ja nein
Welche: _____
Ohnmachtsanfälle ja nein

Stoffwechselerkrankungen:

Ist Ihr Magen- und Darmtrakt gesund? ja nein
Leiden Sie an einer Blutzuckererkrankung (Diabetes)?
Wenn ja, wie ist Ihr Langzeitblutzuckerwert (HbA1c-Wert): _____
Haben Sie eine Störung der Schilddrüsenfunktion?
Nierenerkrankung? ja nein
Lebererkrankung? ja nein
Haben Sie Osteoporose? ja nein
Nehmen Sie Bisphosphonate? ja nein

Infektionskrankheiten:

Leiden Sie an einer Leberentzündung/Gelbsucht (Hepatitis A oder B)?
Haben Sie HIV/Aids ja nein
Haben Sie Tuberkulose ja nein
Leiden Sie an chronischen Atemwegserkrankungen/Husten ja nein



Sonstiges:

- Haben Sie ein Anfallsleiden (Epilepsie)? ja nein
Sind Sie schwanger? ja nein
Wenn ja, welche Schwangerschaftswoche? _____
Haben Sie einen aktuellen Kinderwunsch? ja nein
Gibt es eine Erkrankung des Immunsystems? ja nein
Welche: _____
Haben Sie eine Rheumatische Erkrankung? ja nein
Leiden oder litten Sie an einer Krebserkrankung? ja nein
Wenn ja: haben oder hatten Sie eine Bestrahlung oder eine Chemotherapie? (Nicht zutreffendes bitte durchstreichen)

Welche sonstige Erkrankung, Syndrom, etc. haben Sie?

Wissen Sie über die Zusammenhänge von allgemeinen Erkrankungen und Zahnfleischerkrankungen Bescheid? ja nein

Damit wir Ihnen die richtigen Empfehlungen zum Schutz und Erhalt Ihrer Zähne geben können, sind folgende Fragen wichtig:

Wann war Ihr letzter Zahnarztbesuch? _____

Haben Sie schon einmal eine feste oder lose Zahnsperre getragen?

ja nein

Haben Sie schon einmal eine Prophylaxe Behandlung (Zahnreinigung) bekommen?

ja nein

Wissen Sie, wie eine Schutzwirkung in einer Prophylaxe Behandlung aufgebaut wird?

ja nein

Wenn ja, fanden alle 3 Monate Nachbehandlungen (z.B. Zahnreinigung) statt?

ja nein

Blutet Ihr Zahnfleisch manchmal beim Putzen?

ja nein

Reagieren Ihre Zähne manchmal empfindlich?

ja nein

Benutzen Sie eine elektrische Zahnbürste?

ja nein

Kaufen Sie mehrmals im Jahr eine neue Zahnbürste/Bürstenkopf?

ja nein

Benutzen Sie Spülungen?

ja nein

Wenn ja, welche? _____

Benutzen Sie täglich Zahnpflegekaugummi?

ja nein

Wann putzen Sie Ihre Zähne?

- bereits vor dem Frühstück morgens
 mittags abends zwischendurch

Benutzen Sie: Zahnseide Zwischenraumbürsten

Benutzen Sie fluoridiertes Speisesalz? ja nein

Benutzen Sie eine zusätzliche Fluoridierung? (z.B. Gel oder Spülung)
 ja nein

Wenn ja, welche: _____

Ist Ihr Kariesrisiko schon einmal getestet worden? ja nein

Wurde ihr Parodontitisrisiko bereits ermittelt? ja nein

Gab es bereits Unfälle oder Operationen im Mund-Kiefer-Gesichtsbereich?
 ja nein

Wenn ja, welche: _____

Sind Sie Raucher? ja nein

(Wenn ja, wie viele Zigaretten am Tag?) _____

WICHTIGE HINWEISE

- Leider kommt es immer noch sehr häufig vor, dass Termine kurzfristig abgesagt werden oder der Patient gar nicht zum vereinbarten Termin erscheint. Dieser Schaden treibt die Kosten im Gesundheitswesen weiter nach oben. Wir weisen darauf hin, dass wir (gemäß der aktuellen Rechtsprechung) berechtigt sind, den Schaden, welcher durch einen Behandlungsausfall entsteht, in Rechnung zu stellen.
- Medikamente und Betäubungsspritzen können Ihre Reaktionsfähigkeit im Straßenverkehr beeinträchtigen.
- Bitte teilen Sie uns Veränderungen, besonders im Bereich Erkrankungen und Medikamente, sowie Ihrer Adress- und Telefondaten regelmäßig mit.
- Unsere Praxis besitzt ein eigenes zahntechnisches Labor. Damit verbunden sind für Sie folgende Vorteile:
 - Geringere Kosten gegenüber gewerblichen Laboren
 - Änderungen sind sofort vor Ort möglich
 - Ein eingespieltes Team arbeitet hier Hand in Hand



Thema Angst

Viele Patienten haben Angst vor der zahnärztlichen Behandlung. Normalerweise wird beim ersten Termin nur „geguckt“ und bei Bedarf Zahnstein entfernt. Sollten Sie ein Anliegen haben, welches direkt beim ersten Termin aktiv behandelt werden soll, so bitten wir Sie, die Mitarbeiterinnen an der Anmeldung schon bei der Terminvereinbarung darüber zu informieren, damit dies zeitlich eingeplant werden kann.

Optimal für Angstpatienten ist eine Sedierung mit Lachgas. Wir bieten Ihnen für ca. 25€ die Betäubung mit „The Wand“. Dies ist eine chipgesteuerte bewährte Innovation speziell für „Angsthasen“.

- Ja, ich habe große Angst vor Spritzen, bitte verwenden Sie bei mir nach Möglichkeit „The Wand“.
- Bitte klären Sie mich über das Thema Lachgas auf.

Ihre Wünsche

(nur bei Bedarf auszufüllen)

Damit ich mich wohlfühle, erwarte ich:

Zum Thema Service und Qualität erwarte ich:

Bitte beraten Sie mich zu den Themen:

- weiße Zähne
- Schlechter Atem
- fester Zahnersatz
- Schutzprogramm (Was können Sie tun, damit alles so bleibt)
- Ratenzahlung

Unsere Praxis ist nicht nur spezialisiert auf die Behandlung von Biss-, Kaumuskulatur-, Kiefergelenks- und Kopfschmerzproblematik, sondern auch kompetenter Ansprechpartner im Bereich Schnarch-Therapie.

Mein Medenta – mein Zahnarzt
Michael Riedel

Rosenkavalierplatz 5
81925 München
Tel.: 089 – 91 93 09
E-Mail: info@mein-medenta.de



- Ja, ich wünsche eine Beratung zu diesem Thema

In eigener Sache

Was war entscheidend, dass Sie bei uns einen Termin vereinbart haben?

Die meisten Patienten kommen auf Empfehlung zu uns. Damit wir uns für die Empfehlung bedanken können, bitten wir um Ihre Mithilfe:

- Ich komme auf Empfehlung von: _____
- Ich habe Ihren Praxisfilm gesehen.
- Ich habe Sie durch Ihre Homepage entdeckt.
- Ich habe Sie durch eine Empfehlungsseite entdeckt.
Wenn ja, welche: _____
- Ich habe Sie bei Facebook entdeckt.
- Ich war auf einem Ihrer Vorträge/Veranstaltungen/Aktionen.
- Sonstiges: _____
- Ich komme auf Empfehlung für:
- faires Preis-Leistungs-Verhältnis
 - fachliche Spezialisierung in/auf: _____
 - ausgereiftes, bewährtes Prophylaxekonzept
 - Sonstiges: _____

Abschließend möchten wir darauf hinweisen, dass wir zu den wenigen Praxen in Deutschland gehören, die mit einem „Praxis + Award“ – mit einer fünf-Sterne-Bewertung – für vorbildliche Servicequalität ausgezeichnet wurden und dies bereits zum zweiten Mal in Folge.

Wir verwenden KEIN Amalgam!

Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der Schweigepflicht. Vielen Dank für Ihre Mithilfe! Bitte bestätigen Sie Ihre Angaben. Per Unterschrift.

Datum: _____

Unterschrift: _____

Bitte vollständig ausfüllen, unterschreiben
und zurücksenden an:

Mein Medenta – mein Zahnarzt
Michael Riedel
Rosenkavalierplatz 5
81925 München

Bei Kindern: Name des Patienten (Kind): _____

Anschrift der/des Zahlungspflichtigen
(z.B. Eltern des Kindes etc.):

Name: _____

Vorname: _____

Straße: _____

Ort: _____

Allgemeine Geschäftsbedingungen

Ich habe die umseitig abgedruckten und in den Praxisräumen ausgelegten Allgemeinen Geschäftsbedingungen zur Kenntnis genommen und bin mit deren Einbeziehung in den Behandlungsvertrag einverstanden.

Mir wurde das Merkblatt „Unsere Allgemeinen Geschäftsbedingungen“ und die „Allgemeine Geschäftsbedingung“ ausgehändigt und ich habe diese zur Kenntnis genommen.

Datenschutz

Informationen zur Erhebung personenbezogener Daten sind in der Praxis einsehbar.

Anmeldung

Hiermit bestätige ich, dass ich die Anamnese wahrheitsgetreu ausgefüllt habe.
Ich bin verpflichtet, jede Änderung des Gesundheitszustandes mitzuteilen.

Kontaktaufnahme

Um Ihnen einen möglichst reibungslosen Ablauf zu ermöglichen, kontaktieren wir Sie per **Telefon, SMS, Brief oder Email**. Dies dient dazu, Termine zu vereinbaren, an Termine zu erinnern, abzusagen oder sonstige organisatorische Fragen zu klären.

Ort, Datum, Unterschrift des zahlungspflichtigen Patienten/Erziehungsberechtigten

§ 1 Geltungsbereich

- (1) Diese Allgemeinen Geschäftsbedingungen gelten, soweit nichts Anderes vereinbart ist, für die vertraglichen Beziehungen zwischen dem Zahnarzt und dem Patienten.
- (2) Zahnarzt im Sinne der Allgemeinen Geschäftsbedingungen ist auch die Berufsausübungsgemeinschaft mehrerer Zahnärzte.
- (3) Sollte der Behandlungsvertrag mit einer anderen Person als dem Patienten abgeschlossen werden, gelten die Regelungen für diese in gleicher Weise.

§ 2 Rechtsverhältnis

Die Rechtsbeziehungen zwischen dem Zahnarzt und dem Patienten sind privatrechtlicher Natur. Bei der Behandlung gesetzlich krankenversicherter Patienten findet darüber hinaus auch die Vorschriften der vertragszahnärztlichen Versorgung Anwendung.

§ 3 Zahnärztliche Dokumentation und Datenschutz

- (1) Die zahnärztliche Dokumentation, insbesondere Patientenakte, Untersuchungsbefunde, Röntgenaufnahmen und andere Aufzeichnungen, ist Eigentum des Zahnarztes.
- (2) Der Patient oder ein von ihm Bevollmächtigter hat Anspruch auf Einsicht in die zahnärztliche Dokumentation und Anspruch auf Auskunft. Ein Anspruch auf Herausgabe der Originalunterlagen besteht nicht. Auf Verlangen können Kopien der schriftlichen Dokumentation gegen Kostenerstattung überlassen werden.
- (3) Abweichend von Abs. 2 ist die vorübergehende Überlassung von Originalunterlagen, insbesondere von Röntgenaufnahmen, an einen vom Patienten bevollmächtigten Rechtsanwalt möglich, soweit nicht überwiegende Interessen des Zahnarztes entgegenstehen. Vor der Versendung sind die hierdurch entstehenden Auslagen zu erstatten und der Erhalt der Aufzeichnungen ist zu quittieren. Die Überlassung kann bis zum Ausgleich der Auslagen verweigert werden.
- (4) Die Erhebung, Nutzung und Verarbeitung der Daten, einschließlich ihrer Weitergabe erfolgt unter Beachtung der gesetzlichen Bestimmungen über den Datenschutz, der ärztlichen Schweigepflicht und des Sozialgeheimnisses.

§ 4 Ausfallhonorar

- (1) Die vereinbarten Behandlungstermine sind Fixtermine. Die Behandlungszeiten werden allein für den Patienten frei gehalten.
- (2) Soweit der Termin durch den Patienten nicht wahrgenommen werden kann, hat dieser die Zahnarztpraxis mindestens 48 Stunden vor dem vereinbarten Termin über die Verhinderung in Kenntnis zu setzen.
- (3) Soweit der Patient dem nicht nachkommt, hat er an den Zahnarzt einen Betrag von 155,00€ je ausgefallene halbe Behandlungsstunde als pauschalierten Schadenersatz zu bezahlen.
- (4) Der Schadenersatzanspruch entfällt, wenn der Patient unverschuldet an der rechtzeitigen Absage oder Wahrnehmung des Termins gehindert war.
- (5) Dem Patienten steht es darüber hinaus frei nachzuweisen, dass dem Zahnarzt kein oder ein geringerer als der geltend gemachte pauschalierte Schaden entstanden ist.

§ 5 Zahlungsregelungen

- (1) Der Patient wird vor Behandlungsbeginn über die zu erwartenden Gesamtkosten, bzw. Eigenanteile und Mehrkosten bei gesetzlich versicherten Patienten, informiert.
- (2) Der Zahnarzt kann bei privat versicherten Patienten vor Behandlungsbeginn die Zahlung eines Vorschusses bis zu 100% der zu erwartenden Auslagen (Material- und Laborkosten) verlangen.
- (3) Mit Zugang der Rechnung wird die Zahlung fällig.
- (4) Der Patient kommt nach einer Mahnung, spätestens aber 30 Tage nach Rechnungszugang in Verzug. Ab diesem Zeitpunkt wird der Rechnungsbetrag mit fünf Prozent über dem Basiszinssatz, oder einem höheren, tatsächlich vom Zahnarzt bezahlten Zinssatz verzinst. Für jede Mahnung werden zusätzlich 2,50 € als Bearbeitungsgebühr berechnet.

§ 6 Abtretungsverbot

Die Abtretung von nicht rechtskräftig festgestellten oder bestrittenen Forderungen aus dem Behandlungsverhältnis ist ausgeschlossen, soweit der Zahnarzt dieser nicht vorher zustimmt.

§ 7 Haftungsbeschränkung

- (1) Für Schäden an eingebrachten Sachen, die in der Obhut des Patienten bleiben haftet der Zahnarzt nur bei Vorsatz und grober Fahrlässigkeit. Gleiches gilt bei Verlust von Geld und Wertsachen.
- (2) Für Garderobe des Patienten, welche er in den Praxisräumen ablegt, wird keine Haftung übernommen.

§ 7 Verbraucherstreitbeilegung

Im Hinblick auf eine Verblichung aus §§ 36, 37 VSBG informieren wir unsere Patienten darüber, dass unsere Praxis nicht zur Teilnahme an einem außergerichtlichen Streitbeilegungsverfahren vor einer Verbraucherschlichtungsstelle verpflichtet ist und auch an keinem außergerichtlichen Streitbeilegungsverfahren vor einer Verbraucherschlichtungsstelle teilnimmt.

Bei Streitigkeiten aus dem Behandlungsverhältnis besteht die Möglichkeit, eine außergerichtliche Klärung vor der Gutachterkommission für Fragen zahnärztlicher Haftung durchzuführen. Die Gutachterkommission ist bei der für uns zuständigen Bezirkszahnärztekammer eingerichtet. Nähere Informationen zur Gutachterkommission finden Sie unter:

https://www.blzk.de/blzk/site.nsf/id/pa_patientenberatung.html

§ 9 Schlussbestimmungen

Sollten Bestimmungen dieser Allgemeinen Geschäftsbedingungen unwirksam sein oder werden oder eine Lücke enthalten, so bleiben die übrigen Bestimmungen hiervon unberührt.

Mein Medenta – mein Zahnarzt
Michael Riedel

Rosenkavalierplatz 5
81925 München
Tel.: 089 – 91 93 09
E-Mail: info@mein-medenta.de

Merkblatt

Unsere Allgemeinen Geschäftsbedingungen (AGB)

Sehr geehrter Patient,
sehr geehrte Patientin,

damit Sie nicht vor jeder Behandlung zunächst mit uns eine Vielzahl von Vertragsregelungen aushandeln müssen, haben wir die für alle Patienten wichtigsten und gängigsten Regelungen für Sie in Allgemeinen Geschäftsbedingungen (AGB) zusammengefasst. Mit diesem Merkblatt händigen wir Ihnen diese AGB aus. Wir möchten Sie bitten, dieses genau durchzulesen und sich bei Fragen an unser Praxispersonal zu wenden. Nachfolgend möchten wir Ihnen einige Erläuterungen zu unseren AGB geben:

1. Die Erbringung zahnmedizinischer Leistungen erfolgt auf der Grundlage eines privatrechtlichen Vertrages zwischen Ihnen und Zahnarzt Michael Riedel.
2. Um verschiedene Eckpunkte eines solchen Vertrages nicht mit jedem Patienten erneut erarbeiten zu müssen und um den Arbeitsablauf zu beschleunigen haben wir Ihnen einige Regelungen in den AGB vorformuliert.
3. § 3 regelt die Handhabung von Daten, die im Zuge einer Behandlung in der Praxis erhoben und gespeichert werden. Sie, als Patient haben selbstverständlich jederzeit das Recht Einsicht in diese Aufzeichnungen zu nehmen. Wir weisen jedoch darauf hin, dass die Speichermedien Eigentum der Zahnarztpraxis sind. Wir stellen Ihnen gerne Kopien gegen Kostenerstattung durch Sie zur Verfügung.
4. Um Ihnen als Patient Wartezeiten zu ersparen und einen effektiven Einsatz des Personals und der Technik zu ermöglichen, sind die mit Ihnen vereinbarten Behandlungstermine allein für Sie reserviert. Vor diesem Hintergrund ersuchen wir Sie, uns Verhinderungen, die vorhersehbar sind, so rechtzeitig anzuzeigen (48 Stunden vorher), dass der Zeitplan unserer Praxis noch abgeändert werden kann. Soweit Sie dies nicht tun und die Nichtwahrnehmung des Termins allein aus Ihrem Versäumnis herrührt, bitten wir um Verständnis dafür, dass wir Ihnen einen angemessenen Betrag für die Ausfallzeit in Rechnung stellen. Eine entsprechende Regelung findet sich in § 4.
5. Sie erhalten von unserer Praxis eine hochwertige und an den neusten wissenschaftlichen Erkenntnissen orientierte zahnmedizinische Versorgung, die sowohl vom personellen Aufwand, als auch von den verwendeten Materialien je nach Umfang der Behandlung einen nicht unerheblichen Kostenaufwand verursacht.
Wir bitten deshalb dafür um Verständnis, wenn wir bei umfangreicheren Behandlungen einen angemessenen Vorschuss für Material- und Laborkosten von Privatpatienten anfordern müssen. Dies wird in § 5 der AGB geregelt.
Sobald Ihnen eine Rechnung aus unserer Praxis zugeht, wird der dort ausgewiesene Betrag fällig. Spätestens 30 Tage nach Rechnungszugang werden auch Verzugszinsen mindestens in gesetzlicher Höhe berechnet, wenn der Rechnungsbetrag bis dahin noch nicht ausgeglichen wurde. Soweit wir Sie an die Zahlung des Betrages schriftlich erinnern müssen, müssen wir Ihnen für den entstandenen Verwaltungsaufwand eine Bearbeitungsgebühr in Rechnung stellen (geregelt in § 5 Abs. 4).
6. Wir verstehen uns als Partner der Patienten und sehen das besondere Vertrauensverhältnis zwischen Ihnen als Patient/ Patientin und uns als wichtige Voraussetzung für eine erfolgreiche Behandlung. Vor diesem Hintergrund bitten wir um Verständnis dafür, dass wir, soweit sie als Patient Ansprüche aus dem Behandlungsverhältnis an Dritte (z.B. Ihre Krankenversicherung) abtreten oder übertragen wollen, wir vorher überprüfen, ob wir einer solchen Abtretung zustimmen können. Nur wenn wir mit einer solchen Übertragung und damit dem Wechsel in der Person unseres Vertragspartners einverstanden sind, können Sie als Patient diese Ansprüche rechtswirksam übertragen. Die entsprechende Regelung findet sich in § 6.
7. Soweit Sie irgendwelche Gegenstände oder Wertsachen mit in die Praxis bringen, werden wir so gut wie möglich darauf achten, dass Ihnen diese nicht abhandenkommen. Dennoch können wir für einen Verlust oder eine Beschädigung dieser Gegenstände keine generelle Verantwortung übernehmen.