

Anmeldebogen Kinder/Jugendliche

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

Adresse des Patienten (Kind)

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).

Die Telefonnummern bzw. E-Mail-Adresse unter denen Sie mich erreichen können sind:

Festnetz : _____

Mobiltelefon: _____

Telefon am Arbeitsplatz: _____

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

Kindergartenkind

Schulkind

Klasse: _____

Schule: _____

Gesetzlich Versicherter

Name des Versicherten: _____ Vorname: _____

Geboren am: _____

Straße: _____

Ort mit PLZ: _____

Sonstige Fremdbetreuung

Gibt es eine Kinderbetreuung/Haushaltshilfe oder ältere Geschwister/Großeltern, die möglicherweise als Begleitperson mit in die Praxis kommen?

Name: _____ Vorname: _____

Geboren am: _____

Verwandtschaftsgrad: _____

Kein Verwandter sondern: _____

Patientenstatus/Zusatzversicherung

Ja, mein Kind hat eine Zusatzversicherung. Wenn ja welche? _____

Privatpatient

- Wir sind beihilfeberechtigt
- Bei welcher Versicherung ist Ihr Kind 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. Fehlt ein Stempel, so ist alles davor Gesammelte wertlos. Deswegen bieten wir Ihnen für Ihr Kind einen kostenlosen Erinnerungsservice (Recall) zur nächsten Kontrolle oder Prophylaxe bzw. Zahnschutz-Termin an.

Innerhalb eines Jahres kann eine Kariesstelle im Zwischenraum, oder auf den Kauflächen – vollkommen unbemerkt – sehr groß werden. Deshalb ist zur Sicherheit eine halbjährliche Kontrolluntersuchung wissenschaftlich empfohlen.

Außerdem ist es sinnvoll Kinder immer wieder in der richtigen Putztechnik zu schulen. Wird ein erhöhtes Kariesrisiko festgestellt, können auch häufigere Intervalle nötig sein.

- Ja, bitte erinnern Sie mich – so oft wie nötig – an die nächste Kontrolluntersuchung.
- 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 oder Kinderarztes mitzuteilen.

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

Auch die allgemeinmedizinischen Erkrankungen Ihres Kindes sind für zahnärztliche Behandlungen von großer Bedeutung. Dieser Teil sollte unbedingt ausgefüllt werden!

Welche **Medikamente** nimmt Ihr Kind ein?

Welche **Allergien** sind festgestellt worden?

Gibt es einen Allergiepass? ja nein

Hat Ihr Kind eine Erkrankung des **Herzens** oder der **Atmung**?

ja nein

Asthma?

ja nein

Hat Ihr Kind das Spray bei sich?

ja nein

Herzschwäche?

ja nein

Herzklappenersatz?

ja nein

Herzrhythmusstörung?

ja nein

Kreislaufferkrankungen:

Wie ist der Blutdruck zu hoch zu niedrig normal weiß ich nicht

Hat Ihr Kind eine verzögerte Blutgerinnung (Blutgerinnungsstörung)?

ja nein

Ist Ihr Kind Bluter (Hämophilie)

ja nein

Ohnmachtsanfälle

ja nein

Stoffwechselerkrankungen:

Ist der Magen- und Darmtrakt gesund?

ja nein

Hat Ihr Kind eine Blutzuckererkrankung (Diabetes)?

ja nein

Hat Ihr Kind eine Störung der Schilddrüsenfunktion?

ja nein

Hat Ihr Kind eine Nierenerkrankung?

ja nein

Hat Ihr Kind eine Lebererkrankung?

ja nein

Infektionskrankheiten:

Leiden Ihr Kind an einer Leberentzündung/Gelbsucht (Hepatitis A oder B)?

ja nein

Hat Ihr Kind HIV/Aids?

ja nein

Hat Ihr Kind Tuberkulose?

ja nein

Chronische Atemwegserkrankungen/Husten

ja nein

Sonstiges:

Anfallsleiden (Epilepsie)?

ja nein

Gibt es eine Erkrankung des Immunsystems?

ja nein

Welche: _____

Leidet oder litt Ihr Kind an einer Krebserkrankung?

ja nein

Wenn ja: bekommt/bekam Ihr Kind eine Bestrahlung oder eine Chemotherapie? (Nicht zutreffendes bitte durchstreichen)

Welche sonstige Erkrankung, Syndrom, etc. hat Ihr Kind?

Ist Ihr Kind momentan in ärztlicher Behandlung?

ja nein

Ja, wegen: _____

Allgemeine Gewohnheiten und Erfahrungen

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

Der erste **Zahnarztbesuch** war mit ca. _____ Jahren.

Wann war der letzte **Zahnarztbesuch**? _____

Wie sind die bisherigen **Zahnarterfahrungen** Ihres Kindes?

- gut
 mittel
 schlecht keine Zahnarterfahrung

Gab es bei Ihrem Kind **Mund-Kiefer-OPs** oder **Unfälle**?

Frontzahntrauma (Sturz auf die Schneidezähne)

Operation im Mund-Kiefer-Gesichtsbereich

Wenn ja, wann: _____

Warum/welcher Bereich wurde operiert? _____

Kieferorthopädische Behandlung

- Mutter
- Vater
- Geschwister
- bereits geplante KFO bei Ihrem Kind
- Ihr Kind hat bereits eine kieferorthopädische Apparatur
Wenn ja, lose festsitzend

Sonstiges

- Kennt Ihr Kind bereits die Zahnreinigung? ja nein
 Hat Ihr Kind versiegelte Zähne? ja nein

Wer putzt bei Ihrem Kind die Zähne?

- Kind putzt selbst
- Die Eltern putzen nach
- Die Eltern putzen alleine

Wann putzt Ihr Kind die Zähne?

- bereits vor dem Frühstück nach dem Frühstück
- mittags zwischendurch
- vor dem Abendessen nach dem Abendessen
- Wie lange werden die Zähne in der Regel geputzt? _____

Das Zähneputzen erfolgt

- Mit widerstand
- Bereitwillig
- Wechselhaft

- Benutzt Ihr Kind eine elektrische Zahnbürste? ja nein
- Benutzt Ihr Kind bereits Zahnseide? ja nein

- Bekommt Ihr Kind fluoridiertes Speisesalz? ja nein
- Benutzt Ihr Kind eine zusätzliche Fluoridierung? (z.B. Gel oder Spülung)
- Geben Sie Fluoridtabletten?
- Benutzt Ihr Kind eine altersgerechte Zahnpasta (Kinderzahnpasta)?

Lutschgewohnheiten

- Daumen, bis _____
- Finger, bis: _____
- Schnuller, bis: _____
- Stillen, bis: _____
- Milchflasche, bis: _____ auch nachts?

Ernährungsgewohnheiten

Diese Fragen helfen uns, Sie über eine (zahn)gesunde Ernährung für Ihr Kind aufzuklären.

Süßigkeiten

- ja, selten
 1x täglich
 mehr als 2x täglich

Frühstück

- Milch
 Kakao
 Tee ungesüßt gesüßt
 Wasser
 Softdrinks, Fruchtsaft
 Brot
 Butter
 Käse/Wurst
 Marmelade/Honig/Nutella
 Müsli
 Obst/Rohkost
 Joghurt Natur mit Geschmack

Mittagessen

Zwischenmahlzeiten

- ja, Milch
 Kakao
 Tee ungesüßt gesüßt
 Wasser
 Softdrinks, Fruchtsaft
 Brot
 Butter
 Käse/Wurst
 Marmelade/Honig/Nutella
 Obst/Rohkost
 Joghurt Natur mit Geschmack

Abendessen

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.
- Bitte teilen Sie uns Veränderungen, besonders im Bereich Erkrankungen und Medikamente sowie Änderungen der Adress- und Telefondaten regelmäßig mit.

Thema Angst

Viele Patienten haben Angst vor der zahnärztlichen Behandlung. Die Angst kann sich – ohne, dass Sie es merken – auch auf Ihr Kind übertragen. Vielleicht hat Ihr Kind bereits auch schon schlechte Erfahrungen mit dem Zahnarzt gemacht.

Oft kann es hilfreich sein, wenn Ihr Kind alleine in die Behandlung kommt. Außerdem sollten Sie vor Ihrem Kind negative Worte im Zusammenhang mit dem Zahnarztbesuch vermeiden. (z.B. „Du brauchst keine ANGST zu haben.“ „Das tut nicht WEH.“)

Wir werden Ihr Kind bestmöglich behandeln, bei uns gibt es selbstverständlich keinen Zwang, keine Androhungen („Dann bekommst du Löcher!“) etc. Das wichtigste ist, erst einmal Vertrauen aufzubauen, auch, wenn wir nicht gleich beim ersten Termin in den Mund schauen können.

Eisbrecher

(nur bei Bedarf auszufüllen)

Was gefällt Ihrem Kind gut? Wer ist der beste Freund Ihres Kindes? Lieblingsfarbe, Lieblingstier, Buch, Film...

Zum Thema Service und Qualität erwarte ich für mich und mein Kind:

In eigener Sache

Unsere Praxis ist nicht nur spezialisiert auf die Behandlung von Biss-, Kaumuskel-, Kiefergelenks- und Kopfschmerzproblematik, ebenso sind wir kompetenter Ansprechpartner in den Bereichen Schnarch-Therapie und Diabetes Patienten.

- Ja, ich wünsche eine Beratung zu diesem Thema

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 Prophylaxe Konzept
 - 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.

Durch meine Unterschrift bestätige ich, dass ich das Alleinige Sorgerecht habe oder in Einverständnis des anderen Erziehungsberechtigten handeln darf.

Datum

Unterschrift Erziehungsberechtigte/r ; gesetzlicher Vormund

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

Allgemeine Geschäftsbedingungen

§ 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.

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 abhanden kommen. Dennoch können wir für einen Verlust oder eine Beschädigung dieser Gegenstände keine generelle Verantwortung übernehmen.