

Bitte vollständig ausfüllen, unterschreiben
und zurücksenden an:

C. Engelhardt Zahnarzt Ruhe-Christi-Straße 5 78628 Rottweil	
---	---

Bei Kindern: Name des Kindes:

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

Name:

Vorname:

Straße:

Ort:

Allgemeine Geschäftsbedingungen

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

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

Datenschutz

Informationen zur Erhebung personenbezogener Daten sind in der Praxis einsehbar.

Anmeldung

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit meiner Personendaten auf dem Anmeldeformular.

Anamnese

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 (über einen Provider), Brief oder Email (unverschlüsselt)**. Dies dient dazu, Termine zu vereinbaren, an Termine zu erinnern, abzusagen oder sonstige organisatorische Fragen zu klären. Hierzu willige ich ein.

Bitte an die Unterschrift denken!

----------------------	----------------------

Ort, Datum, Unterschrift des zahlungspflichtigen Patienten / Erziehungsberechtigten

Allgemeine Geschäftsbedingungen

C. Engelhardt
Zahnarzt
Ruhe-Christi-Straße 5
78628 Rottweil
0741/94990099



§ 1 Geltungsbereich

1. Diese Allgemeinen Geschäftsbedingungen gelten, soweit nichts Anderes vereinbart ist, für die vertraglichen Beziehungen zwischen dem Zahnarzt¹ 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 finden darüber hinaus auch die Vorschriften der vertragszahnärztlichen Versorgung Anwendung.

§ 3 Zahnärztliche Dokumentation und Datenschutz

1. Die zahnärztliche Dokumentation, insbesondere Patienten-karteien, 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 Regelungen, insbesondere der 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 24 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 € 140 pro ausgefallener Prophylaxestunde bzw. € 250 pro ausgefallener Zahnarzt-behandlungsstunde als pauschalierten Schadenersatz zu**

bezahlen. Die Beträge gelten für das Jahr 2025.

Für nachfolgende Jahre werden die Beträge entsprechend der Preisentwicklung angepasst.

4. Der Schadensersatzanspruch 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 sofort fällig (bar oder ec).** (§10 GOZ und §614 BGB)
4. **Sie erhalten die Rechnung sofort nach der Behandlung.**
5. Bei größeren Behandlungen wird eine Abschlagszahlungsvereinbarung getroffen.
6. 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 € 3,50 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 und an Fahrzeugen des Patienten, die auf dem Grundstück der Praxis abgestellt werden, 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.

§ 8 Schlussbestimmungen

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

Anmeldeformular

C. Engelhardt
Zahnarzt
Ruhe-Christi-Straße 5
78628 Rottweil
0741/94990099



Patient:

Nachname:

Vorname:

Geburtstag:

Geburtsort:

Beruf:

Arbeitgeber:

Anschrift:

Straße, Nr.:

PLZ / Ort:

Telefon (privat):

Telefon (gesch.):

Telefon (Mobil):

Email:

Mitglied (Versicherter):

Nachname:

Vorname:

Geburtstag:

Was ist Ihr Hauptanliegen?

Krankenversicherung:

Privat? ☐ Ja
Welche?

Beihilfeberechtigt? ☐ Ja

Gesetzliche Versicherung? ☐ Ja
Welche?

Freiwillige Versicherung? ☐ Ja
Welche?

Private Zusatzversicherung? ☐ Ja
Welche?

Wurden Sie in den letzten 12 Monaten von einem Zahnarzt geröntgt?

☐ Ja

Von wem?

Name und Ort Ihres letzten Zahnarztes?

Name und Ort Ihres Hausarztes?

Waren Sie in den letzten 12 Monaten in Behandlung?

Zahnarzt: ☐ Ja

Warum?

Arzt/Facharzt: ☐ Ja

Warum?

Wie sind Sie zu uns gekommen?

Überweisung von:

Empfehlung von:

Sonstige (wie?):

Was haben Sie mit 65 Jahren für Zähne?

(Zahnausfall, Karies, Brücken, Prothese, Implantat?)

Was wünschen Sie zukünftig sich für Ihre Zähne?

Allgemeinmedizinische Anamnese

Blatt 1 von 3

C. Engelhardt

Zahnarzt
Ruhe-Christi-Straße 5
78628 Rottweil
0741/94990099



Traten jemals Komplikationen bei zahnärztlichen Behandlungen auf? ☐ Ja Wenn ja, wann? Was? 	Haben Sie Bronchial-Asthma? ☐ Ja II Wenn ja: Benutzen Sie dafür Medikamente und/oder Inhalationsmittel? ☐ Ja III Haben Sie heute Atmungsprobleme? ☐ Ja IV
Sind bei Ihnen oder in Ihrer Familie Folgende Erkrankungen bekannt? Zahnfleischprobleme ☐ Ja Karies ☐ Ja Osteoporose ☐ Ja	Haben Sie andere Schwierigkeiten mit den Lungen oder anhaltenden Husten? ☐ Ja II Wenn ja: Sind Sie außer Atem, wenn Sie 20 Stufen hinaufsteigen? ☐ Ja III Kommen Sie beim Anziehen außer Atem? ☐ Ja IV
Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente (z.B.: Marcumar, Heparin, ASS)? ☐ Ja	
Benötigen Sie eine Antibiotika-prophylaxe (Gabe) vor (zahn-) ärztlichen Eingriffen? ☐ Ja II	Hatten Sie jemals einen Herzinfarkt? ☐ Ja II Wenn ja: Müssen Sie Ihre körperliche Belastung einschränken? ☐ Ja III Hatten Sie innerhalb der letzten 6 Monate einen Herzinfarkt? ☐ Ja IV
Besitzen Sie einen Allergiepass? ☐ Ja	
Besitzen Sie einen Bluterpass? ☐ Ja	
Hatten Sie jemals eine allergische Reaktion gegen Penicillin, Aspirin, Pflaster oder irgend etwas anderes? ☐ Ja II Wenn ja: Benötigten Sie deshalb eine ärztliche oder Krankenhausbehandlung? ☐ Ja III	Haben Sie bei Belastung Schmerzen im Brustbereich (Angina pectoris)? ☐ Ja II Wenn ja: Müssen Sie Ihre körperliche Belastung einschränken? ☐ Ja III Haben sich die Herzbeschwerden in letzter Zeit verschlimmert? ☐ Ja IV Haben Sie in Ruhe Brustschmerzen? ☐ Ja IV
Haben Sie eine erhöhte Blutungsneigung? ☐ Ja II Wenn ja: Bluten Sie nach einer Operation oder Verletzung länger als eine Stunde? ☐ Ja III Bekommen Sie ohne Verletzung Blutergüsse? ☐ Ja IV	Haben Sie eine Herzmuskelschwäche? ☐ Ja II Wenn ja: Haben Sie Atemnot, wenn Sie flach liegen? ☐ Ja II Schlafen Sie wegen Atemnot mit mehr als zwei Kopfkissen? ☐ Ja III
Ich habe alle Fragen dieser Seite beantwortet ☐ Ja	

Allgemeinmedizinische Anamnese

Seite 2 von 3

C. Engelhardt

Zahnarzt
Ruhe-Christi-Straße 5
78628 Rottweil
0741/94990099



Haben Sie ohne körperliche Belastung Herzklopfen oder Herzrasen?

☐ Ja II

Wenn ja:

Müssen Sie während dieser Beschwerden Ihre körperliche Aktivität verringern, sich hinsetzen oder hinlegen?

☐ Ja III

Werden Sie dabei kurzatmig, blass oder wird Ihnen schwindelig?

☐ Ja IV

Haben Sie einen Herzschrittmacher?

☐ Ja

Haben Sie ein Herzgeräusch, einen Herzklappenfehler oder eine künstliche Herzklappe?

☐ Ja II

Wenn ja:

Hatten Sie in den letzten 6 Monaten eine Operation an Ihrem Herzen oder Blutgefäßen?

☐ Ja III

Hatten Sie je eine rheumatische Herzerkrankung?

☐ Ja III

Müssen Sie Ihre körperliche Belastung einschränken?

☐ Ja IV

Hatten Sie jemals einen hohen Blutdruck?

☐ Ja II

Haben Sie Epilepsie/Anfallsleiden?

☐ Ja II

Wenn ja:

Hat sich Ihr Anfallsleiden verschlechtert?

☐ Ja IV

Haben Sie weiterhin Anfälle?

☐ Ja IV

Hatten Sie jemals einen Schlaganfall?

☐ Ja II

Wenn ja:

War der Schlaganfall innerhalb der letzten 6 Monate?

☐ Ja III

Haben Sie Diabetes (Blutzucker)?

☐ Ja II

Wenn ja:

Benötigen Sie Insulin?

☐ Ja II

Sind Sie zur Zeit unbefriedigend eingestellt?

☐ Ja III

Haben Sie eine Schilddrüsenerkrankung?

☐ Ja II

Wenn ja:

Haben Sie derzeit eine Überfunktion?

☐ Ja IV

Haben Sie derzeit eine Unterfunktion?

☐ Ja III

Haben Sie eine Nierenerkrankung?

☐ Ja II

Wenn ja:

Werden Sie dialysiert?

☐ Ja III

Hatten Sie eine

Nierentransplantation?

☐ Ja III

Haben Sie eine Lebererkrankung?

☐ Ja II

Haben Sie eine Augenerkrankung? Welche (z.B. Glaukom, Grauer Star)?

☐ Ja

Hatten Sie jemals Krebs, eine bösartige Erkrankung, oder Leukämie?

☐ Ja II

Wenn ja:

Hatten Sie deshalb eine medikamentöse Behandlung oder Knochenmarktransplantation?

☐ Ja III

Hatten Sie eine Strahlenbehandlung wegen eines Tumors oder Gewächses im Kopf oder Halsbereich?

☐ Ja III

Haben Sie ein Organtransplantat (Niere, Leber, Herz oder andere)? Seit wann, was?

☐ Ja

Ich habe alle Fragen dieser Seite beantwortet ☐ Ja

Allgemeinmedizinische Anamnese

Seite 3 von 3

C. Engelhardt

Zahnarzt
Ruhe-Christi-Straße 5
78628 Rottweil
0741/94990099



Haben Sie zur Zeit eine Infektionskrankheit (z.B. Hepatitis, HIV, Tuberkulose...)? ☐ Ja

Wenn ja, welche?

Leiden Sie an einer Erkrankung des Immunsystems (z.B. Aids)? ☐ Ja

Leiden Sie an Atemnot (Hyperventilation), die durch Aufregung ausgelöst wird? ☐ Ja ||

Hatten Sie jemals eine Ohnmacht bei (zahn-) medizinischen Eingriffen? ☐ Ja ||

An welchen (hier nicht erwähnten) Erkrankungen leiden Sie?

Rauchen Sie oder haben Sie früher geraucht? ☐ Ja

Wenn ja:

Wieviel?

Nichttraucher seit?

Haben Sie CJK oder vCJK? (Creutzfeld-Jakob-Krankheit) ☐ Ja

Haben Sie hormonelle Probleme? ☐ Ja

Sind Sie schwanger? ☐ Ja

Sind Sie ängstlich beim Zahnarzt? ☐ Ja

Haben Sie künstliche Gelenke? ☐ Ja

Wo, seit wann? (Monat, Jahr)

Benutzen Sie zur Zeit irgendwelche verordneten oder andere Medikamente? ☐ Ja

Wenn ja:

Herzmedikamente? ☐ Ja

Mittel zur Beeinflussung der Blutgerinnung (Blutverdünnung wie Marcumar, ASS, Heparin)? ☐ Ja

Gegen hohen Blutdruck? ☐ Ja

Gegen Osteoporose? ☐ Ja

Aspirin oder andere Schmerzmittel? ☐ Ja

Allergiemittel? ☐ Ja

Gegen Diabetes (Blutzucker)? ☐ Ja

Kortison oder entsprechende

Medikamente? ☐ Ja

Medikamente gegen

Transplantatabstoßung? ☐ Ja

Medikamente für Haut-, Darm- oder

rheumatische Erkrankungen? ☐ Ja

Für Krebs oder Blutkrankheiten? ☐ Ja

Penicillin, Antibiotika, sonstige

keimabtötende Mittel? ☐ Ja

Bisphosphonate? ☐ Ja

Gegen Schlaf- oder Angststörungen,

Depressionen? ☐ Ja

Hormonpräparate? ☐ Ja

Haben Sie jemals Drogen

eingenommen? ☐ Ja

Sonstige Medikamente? ☐ Ja

Welche?

Ich habe alle Fragen dieser Seite beantwortet ☐ Ja

Ernährungsanamnese I

C. Engelhardt
Zahnarzt
Ruhe-Christi-Straße 5
78628 Rottweil
0741/94990099



Bitte beachten Sie den Unterschied zwischen „viel“ (Gewicht: z.B. Menge in Gramm) und „häufig“ (Zeit: z.B. wie oft am Tag)

„Viel“ bedeutet z.B. 1 Kg Schokolade.
„Oft“ oder „häufig“ bedeutet aber z.B. 20 Mal pro Tag.

Trinken:

Was trinken Sie am liebsten?
(bitte 3 Angaben)

1.
2.
3.

Wie lange dauert das Trinken (Minuten)? ☐ 1 ☐ 5 ☐ 20

Wie häufig pro Tag trinken Sie? ☐ 0 ☐ 1-2 ☐ >2

Wie häufig pro Tag trinken sie

Cola/Fanta/Eistee/Süßer Sprudel etc.? ☐ 0 ☐ 1-2 ☐ >2

Säfte oder Schorle? ☐ 0 ☐ 1-2 ☐ >2

Tee oder Kaffee **mit Zucker**? ☐ 0 ☐ 1-2 ☐ >2

Tee oder Kaffee **ohne Zucker**? ☐ 0 ☐ 1-2 ☐ >2

Milch ☐ 0 ☐ 1-2 ☐ >2

Wasser ☐ 0 ☐ 1-2 ☐ >2

Wein ☐ 0 ☐ 1-2 ☐ >2

Sonstiges? ☐ 0 ☐ 1-2 ☐ >2

Was?

Wie oft trinken Sie nachts? ☐ 0 ☐ 1-2 ☐ >2

Was?

Naschen:

Was naschen Sie am liebsten?
(bitte 3 Angaben) Salziges? Süßes?

1.
2.
3.

Wie häufig pro Tag? ☐ 0 ☐ 1-2 ☐ >2

Wie lange dauert das Naschen (Minuten)? ☐ 1 ☐ 5 ☐ 20

Wie oft naschen Sie nachts? ☐ 0 ☐ 1-2 ☐ >2

Essen:

Wie oft essen Sie nachts? ☐ 0 ☐ 1-2 ☐ >2

Was?

Frühstücken Sie?

Eher süß? ☐ Ja

Eher herzhaft/salzig? ☐ Ja

Was trinken Sie dazu?

Essen Sie in der Vormittagspause?

Eher süß? ☐ Ja

Eher herzhaft? ☐ Ja

Was trinken Sie dazu?

Ist Ihr Mittagessen warm?

Was?

Gibt es einen Nachtisch dazu? ☐ Ja

Was trinken Sie dazu?

Essen Sie in der Nachmittagspause?

Eher süß? ☐ Ja

Eher herzhaft? ☐ Ja

Was trinken Sie dazu?

Essen Sie zum Abendessen?

Warm? ☐ Ja

Kalt (Vesper)? ☐ Ja

Eher Süß? ☐ Ja

Eher Herzhaft? ☐ Ja

Was trinken Sie dazu?

Sagt man, dass Sie Süßigkeiten gern haben?

☐ Ja

Sind Sie Vegetarier?

☐ Ja

Sind Sie Veganer?

☐ Ja

Achten Sie auf das Zahnmännchen?

☐ Ja

Ernährungsanamnese II und Mundpflege

C. Engelhardt
Zahnarzt
Ruhe-Christi-Straße 5
78628 Rottweil
0741/94990099



Haben Sie in den letzten Tagen folgendes gegessen? (Bitte unterstreichen)

- | | | | |
|-------------------------------------|---------------------------------------|--|--|
| ☐ Tomaten | ☐ Wurst | ☐ Birne | ☐ Salzbreze |
| ☐ Gemüse | ☐ Spinat | ☐ Käse | ☐ Früchte |
| ☐ Orangen | ☐ Essig | ☐ Salat | ☐ Kaugummi |
| ☐ Trauben | ☐ Apfel | ☐ Aperitiv oder Dessertwein | |
| ☐ Rhabarber | ☐ Obst | ☐ Studentenfutter | |
| ☐ Joghurt | ☐ Wein | ☐ Cola | ☐ Vitamintabletten |
| ☐ Ketchup | ☐ Chips | ☐ Senf | ☐ Marmelade |
| ☐ Gebäck | ☐ Kekse | ☐ Honig | ☐ saure Süßigkeiten |
| ☐ Bananen | ☐ Fanta | ☐ Spezi | ☐ Süßer Sprudel |
| ☐ Schokolade | ☐ Kuchen | ☐ Eis | ☐ Süßigkeiten |
| ☐ Nutella | ☐ Eistee | ☐ Dörrrüchte | |
| ☐ Marzipan | ☐ Nougat | ☐ Bonbons/Hustenbonbons | |
| ☐ Karamel | ☐ Würfelzucker | ☐ Gummibärchen | |

Sonstiges?

Fluoride:

- Nehmen Sie Fluoridtabletten ein? ☐ Ja
- Verwenden Sie fluoridiertes Kochsalz? ☐ Ja
- Trinken Sie Mineralwasser? ☐ Ja
- Wenn ja, wie hoch ist der Fluoridgehalt?

- Benutzen Sie fluoridierte Zahnpaste? ☐ Ja
- Benutzen Sie ein Fluorid-Gel? ☐ Ja

Wie oft?

- Benutzen Sie eine Fluorid-Spüllösung? ☐ Ja

Wenn ja, welche?

- Benutzen Sie Xylit? ☐ Ja

- Benutzen Sie Stevia? ☐ Ja

Mundpflege:

sehr mittel gar nicht

Wie wichtig ist Ihnen ein natürliches Lachen? ☐ ☐ ☐

Wie wichtig ist es Ihnen, Ihre eigenen Zähne bis ins hohe Alter zu erhalten? ☐ ☐ ☐

Haben Sie das Gefühl, Ihre Zähne optimal zu pflegen? ☐ ☐ ☐

Wie wichtig ist es Ihnen, dass Ihr Kind von Anfang an gesunde Zähne hat? ☐ ☐ ☐

immer Ab und zu nie

Benutzen Sie eine elektrische Bürste? ☐ ☐ ☐

Benutzen Sie Zwischenraumbürstchen? ☐ ☐ ☐

Reinigen Sie Ihre Zähne?

morgens vor dem Frühstück ☐ ☐ ☐

morgens nach dem Frühstück ☐ ☐ ☐

mittags nach dem Essen ☐ ☐ ☐

abends sofort nach dem Essen ☐ ☐ ☐

abends vor dem Schlafen ☐ ☐ ☐

Wieviele Minuten wenden Sie für Ihre Gebißpflege auf?

Haben Sie beim Reinigen

eine feste Reihenfolge? ☐ ☐ ☐

Fällt es ihnen leicht,

hinter dem letzten Zahn zu reinigen? ☐ ☐ ☐

Fällt es Ihnen leicht,

unten innen hinten zu reinigen? ☐ ☐ ☐

Reinigen sie die „Rille“

zwischen Zahn und Zahnfleisch? ☐ ☐ ☐

Spülen Sie nach

dem Putzen den Mund aus? ☐ ☐ ☐

Haben Sie ausreichend

Druck mit der Bürste beim Putzen? ☐ ☐ ☐

FÜR IHRE UNTERLAGEN

Information zu unseren Allgemeinen Geschäftsbedingungen

C. Engelhardt
Zahnarzt
Ruhe-Christi-Straße 5
78628 Rottweil
0741/94990099



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 C. Engelhardt
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 (24 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 Abschlagszahlungen mit Ihnen vereinbaren. Wir werden einen angemessenen Vorschuss für Material und Laborkosten von Privatpatienten anfordern müssen. Dies wird in § 5 der AGB geregelt.

Wir stellen Ihnen sofort nach der Behandlung die Rechnung. **Der dort ausgewiesene Betrag wird somit sofort fällig. Es sind Bar- oder EC-Zahlungen möglich.** Sollte es in Sonderfällen eine andere Zahlungsvereinbarung geben, so werden spätestens 30 Tage nach Rechnungszugang 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. 6).

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.