



Anamnesis questionnaire

Surname First name Date / place of birth

Address ZIP / City

For minors under 18 years of age: legal guardian

Surname First name Date of birth

Phone Mobile Email

Nein Ja

Insurance company Supplementary dental insurance statutory private direct payer

Occupation Your GP / in city Last visit approx.

Previous dentist / in city Last visit approx.

Are you currently taking medication? (blood clotting agents, bisphosphonates)

Relevant diseases

Allergies

Additional information

How did you first hear about us?

- In order to reduce our administrative burden and in consequence cost to you, we kindly ask you to pay **amounts up to 200 €** directly in cash or via credit/debit card.
- Please hold your "electronic Health Card" at the ready, or we cannot treat you.
- Treatment may incur costs that are not reimbursable by your health insurer. The relevant private additional payment will be clarified separately.
- Assignment of the claim for the payment of treatment costs resulting from the treatment is foreclosed
- Please cancel appointments you cannot keep at least 24 hours in advance, or we will invoice you according to the time reserved.
- Impairment to the ability to drive cannot be ruled out.



EINWILLIGUNGS- UND SCHWEIGEPFLICHTENTBINDUNGSERKLÄRUNG

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient.

Der Verwaltungsaufwand einer modernen Praxis stellt heute eine enorme Herausforderung dar. Arbeitszeit von Mitarbeitern und Ärzten wird hier zunehmend durch kaufmännische Verwaltungsaufgaben gebunden - dies ist Zeit, die bei der Behandlung und Beratung der Patienten verloren geht. Aus diesem Grund haben sich Ihre Behandler für die Zusammenarbeit mit der PVS Reiss GmbH als Verrechnungsstelle entschieden. Wir erledigen für Ihre Behandler alles rund um das Thema Rechnungen und deren Abwicklung.

Für Sie als Patient bedeutet dies:

- Ihr Behandelnder und sein Team haben mehr Zeit für Ihre Behandlung und Beratung.
- Keine Mehrkosten für Sie.

Sie gewinnen aber nicht nur in den oben erwähnten Punkten, sondern haben auch weitere spürbare Vorteile durch diese Zusammenarbeit:

- Unterstützung bei Erstattungsproblemen mit Krankenkassen oder anderen Leistungsträgern.
- Auf Wunsch können Sie Ihre Rechnung auch in Raten begleichen.

Ich erkläre mich einverstanden mit der

- Weitergabe der zum Zwecke der Abrechnung und Geltendmachung jeweils erforderlichen Informationen, insbesondere von Daten aus der Patientenakte, an die PVS Reiss GmbH. Hierbei handelt es sich um Name, Anschrift, Geburtsdatum, Kostenträger, die erbrachte Leistung gem. den Gebührenordnungen sowie dazugehörigen Diagnosen, Befunden, Rechnungsbeträge, Laborrechnungen und Formulare.
- Abtretung der sich aus der Behandlung ergebenden Forderungen auf Begleichung der Behandlungskosten an die PVS Reiss GmbH.
- Weiterabtretung der Forderung im Rahmen der Refinanzierung an die refinanzierenden Banken (Apo-Bank, Sparkasse Hegau-Bodensee). Ich kann jederzeit das betreffende Kreditinstitut bei meinen Behandlern und/oder der PVS Reiss GmbH erfragen.
- Einholung einer Information bei einer Auskunft vor Abtretung der jeweiligen Forderung zur Bonitätsprüfung, sofern die Forderungen auf Begleichung der Behandlungskosten € 500,00 übersteigt. Hierzu werden Name, Adresse und Geburtsdatum verwendet. Ich kann jederzeit die betreffende Auskunft bei meinen Behandlern und/oder der PVS Reiss GmbH erfragen.

Ich wurde darüber aufgeklärt, dass die PVS Reiss GmbH die Leistungen meiner Behandler mir gegenüber ausschließlich auf deren Weisung im eigenen Namen in Rechnung stellen und auf eigene Rechnung einziehen wird. Einwände gegen die Rechnung sind gegenüber der PVS Reiss GmbH zu erheben. Sollte es über die Berechtigung der Forderung unterschiedliche Auffassungen geben, kann mein Behandler in einer etwaigen Auseinandersetzung als Zeuge gehört werden. Ich entbinde hiermit meine Behandler von der ärztlichen Schweigepflicht, soweit dies für die Abrechnung und die Geltendmachung der Forderung erforderlich ist.

Ich bin damit einverstanden, dass meine persönlichen Daten sowie meine Behandlungsdaten der PVS Reiss GmbH zur Rechnungsstellung und zur Geltendmachung - ggf. elektronisch - erhoben, gespeichert, verarbeitet, genutzt und übermittelt werden.

Die PVS Reiss GmbH verpflichtet sich und evtl. Dienstleister zur Verschwiegenheit sowie zur Einhaltung des Datenschutzes. Diese Einwilligung gilt auch für zukünftige Behandlungen und kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft über Ihre Behandler oder die PVS Reiss GmbH schriftlich widerrufen werden.

Dear Patient.

The administrative burdens in today's modern practices is a huge challenge. Working time of employees and doctors is increasingly bound by administrative tasks - that is time lost for the treatment and counselling of patients. For this reason, your doctor in charge has decided to cooperate with PVS Reiss GmbH as their clearing house. We perform all tasks for your doctor in charge with regard to invoices and their settlement.

For you as a patient, this means:

- Your doctor in charge and his team have more time for your treatment and counselling.
- No additional costs for you.

Not only do you benefit from the points mentioned above, but you also have other tangible benefits from this cooperation:

- Support for reimbursement issues with health insurances or other insurance carriers.
- On request, you can also pay your bill in instalments.

I agree with the

- Disclosure of the information required for billing and enforcement purposes, in particular of data from the medical record of the patient, to PVS Reiss GmbH. This includes the name, address, date of birth, payer, the service provided according to the schedules of fees and the associated diagnoses, findings, invoice amounts, laboratory bills and forms.
- Assignment of the claim for the payment of treatment costs resulting from the treatment, to PVS Reiss GmbH.
- Subrogation of the claim as part of the refinancing to the refinancing banks (ApoBank, Sparkasse Hegau- Bodensee). I can enquire about the respective credit institution at my doctor in charge and/or PVS Reiss GmbH at any time.
- Obtainment of information from a credit reporting agency for a credit check prior to the assignment of the respective claim, insofar as the claim for payment of treatment costs exceeds EUR 500.00. I can enquire about the respective information at my doctor in charge and/or PVS Reiss GmbH at any time.

I have been informed that PVS Reiss GmbH will invoice the services of my doctor in charge to me only on his instructions, in the name of PVS Reiss GmbH, and charge the services for its own account. Objections to the invoice have to be filed against PVS Reiss GmbH. If there are different opinions on the justification of the claim, my doctor in charge may be heard as a witness in any possible dispute.

I hereby release my doctor in charge from his medical confidentiality, insofar as this is necessary for the billing and the enforcement of the claim.

I agree that my personal data and my treatment data can be, if necessary, electronically collected, stored, processed, used and transmitted to PVS Reiss GmbH for billing and enforcement purposes. PVS Reiss GmbH commits itself and any possible service providers to secrecy and to the compliance with the data protection. This consent also applies to future treatments and can be withdrawn via your doctor in charge or PVS Reiss GmbH at any time in writing with effect for the future.

Lörrach, den

04.2021 Datum, Unterschrift / **gesetzliche Vertretung**