



# IHR ZAHNSTATUS

Bitte senden Sie Vorder- und Rückseite dieses Formulars per Fax an **02103.33 99 78 -9** oder per E-Mail an **Beratung@DZVS.de**

Vorname

Name

Bitte beachten Sie auch alle weiteren Angaben auf der Rückseite.  
Bitte umdrehen.



**1. Wurde aktuell eine Behandlung angeraten?**

ja

nein

**2. Fehlen Ihnen Zähne, die noch nicht ersetzt sind?**

ja

nein

wenn ja: wie viele? (Anzahl fehlender Zähne)

Zähne

Sollen diese Zahnlücken mitversichert werden?

ja

nein

**3. Wurden bei Ihnen Zähne überkront oder ersetzt?**

ja

nein

**4. Bestand jemals eine Parodontitis?**

Ist die Behandlung abgeschlossen?

ja

nein

wenn ja: wie lange ist die PA-Behandlung abgeschlossen?

ja

nein

1 J.

2 J.

3 J.

Datum / Praxisstempel

## Notiz der Praxis

Behandlungsplan

Befund

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
18	17	16	15	14	13	12	11	R	L	21	22	23	24	25	26	27	28
48	47	46	45	44	43	42	41			31	32	33	34	35	36	37	38
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Befund

Behandlungsplan

IHR LÄCHELN WIRD PRIVATPATIENT.



Deutscher Zahnversicherungs-Service

# SCHWEIGEPFLICHTSENTBINDUNG UND DATENSCHUTZERKLÄRUNG

Vorname

Name

Straße Nr.

PLZ

Ort

Telefon

Mobiltelefon

Geburtsdatum

Geschlecht: m/w

E-Mail

Das Angebot sowie den Antrag senden Sie mir bitte

per E-Mail  per Post (mit Rückumschlag).

## Schweigepflichtsentbindung für die Praxis:

Damit ich befundorientiert das beste Angebot für eine Zahnzusatzversicherung erhalte, erteile ich hiermit mein Einverständnis, dass meine/n Zahnarzt/In/ BAG/ Zahnarztpraxis meine personenbezogenen Daten (Name, Vorname, Telefonnummer, Geburtsdatum, E-Mailadresse sowie die gesundheitlichen Daten über meinen Zahnstatus) an den **Deutschen Zahnversicherungs-Service GmbH & Co.KG (DZVS)** per Brief, Fax oder E-Mail weiterleiten darf und entbinde ihn/sie insofern von den rechtlichen Beschränkungen seiner/ihrer zahnärztlichen Schweigepflicht. Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit für die Zukunft widerrufen und außerdem verlangen kann, dass einzelne Daten berichtigt, ergänzt oder gelöscht werden und mir gegenüber Einsicht zu gewähren ist.

Datum

Unterschrift

## Datenschutzrechtliche Einwilligung und Kontaktaufnahme durch den DZVS:

Ich willige ein, dass der DZVS meine personenbezogenen Daten (Name, Vorname, Telefonnummer, Geburtsdatum, E-Mailadresse sowie ausdrücklich auch die gesundheitlichen Daten über meinen Zahnstatus) im Rahmen des Vermittlungsauftrages zur vertragsbezogenen Beratung und Bearbeitung einer Zahnzusatzversicherung erheben, verarbeiten und nutzen sowie zu diesem Zwecke an von ihm angefragte Versicherer übermitteln darf. Soweit bei dem DZVS oder den Versicherern bereits Verträge bestehen, dürfen deren Daten ebenfalls erhoben, verarbeitet und genutzt werden. Sofern über den DZVS eine Zahnzusatzversicherung vermittelt wird, darf der DZVS dem Zahnarzt/der Zahnärztin die Daten des Versicherungsvertrags auch elektronisch zur Verfügung stellen.

Ich erhalte das Angebot per Mail und auch per Post. Für Rückfragen darf mich der DZVS per Telefonanruf (ggf. nach vorheriger Ankündigung per SMS) und auch per E-Mail kontaktieren. Meine Einwilligung kann ich jederzeit per E-Mail (Beratung@DZVS.de) oder Post (an DZVS, Düsseldorfer Straße 38, 40721 Hilden) widerrufen. Die Informationen gemäß Artikel 13 und 14 DS-GVO stehen mir jederzeit auf der Seite [www.DZVS.de](http://www.DZVS.de) zur Verfügung und werden mir vom DZVS zusammen mit den Erstinformationen gemäß § 34d Abs. 1 GeWO per Mail sowie auf Wunsch auch mit der Post übersandt.

Datum

Unterschrift