

Anmelde- und Anamnesebogen

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient, herzlich willkommen in unserer Praxis. Wir, das Team von ZAHNart | Dr. Milos Kukoljac & Kollegen | Zahnmedizin, freuen uns darauf, Sie zu betreuen. Wir möchten Ihnen einen angenehmen Aufenthalt in unserem Haus ermöglichen. Um Ihnen eine erstklassige Betreuung zu bieten, die auf Ihre individuellen gesundheitlichen und Um Ihren persönlichen Bedürfnissen gerecht zu werden, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Informationen über Ihren Gesundheitszustand. Dies ist entscheidend für eine optimale und risikolose Behandlung. Bei Fragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung. Ihre Angaben Nach § 203 StGB unterliegen diese Informationen der ärztlichen Schweigepflicht und werden selbstverständlich vertraulich behandelt.

Kind	Mutter	Vater
Name _____	Name _____	_____
Vorname _____	Vorname _____	_____
Geburtsdatum -ort _____	Geburtsdatum -ort _____	_____
Mitversichert bei _____	Telefon (privat) _____	_____
Name der Krankenkasse _____	E-Mail* _____	_____
Kinderarzt _____	Anschrift _____	_____

Wie sind Sie versichert?

Zutreffendes bitte ankreuzen.

☐ Freiwillig ☐ Pflicht
Gesetzlich versichert Haben Sie eine private
Zahnzusatzversicherung? Besteht eine
Berechtigung auf Beihilfe?

Privat versichert ☐ Basistarif ☐ Standardtarif
☐ Ja ☐ Nein
☐ Ja ☐ Nein

Bitte beantworten sie folgende fragen zu ihrem Kind

Medizinische Vorgeschichte

Zutreffendes bitte ankreuzen.

	Ja	Nein	Welche
Gab es Auffälligkeiten während der Schwangerschaft? (z. B. Krankheiten der Mutter, Frühgeburt, Medikamente)	☐	☐	_____
Hat Ihr Kind Herzerkrankungen? (z. B. Herzfehler, Herzgeräusche, Herzpass)	☐	☐	_____
Stoffwechselerkrankung? (z. B. Diabetes, Schilddrüsenprobleme)	☐	☐	_____
Erkrankung von Nieren, Leber oder anderen Organen?	☐	☐	_____
Erkrankungen des Nervensystems? (z. B. Epilepsie, Krampfanfälle, Entwicklungsverzögerung)	☐	☐	_____
Bluterkrankung? (z. B. Blutarmut, Hämophilie)	☐	☐	_____
Allergien? (z. B. Medikamente, Nahrungsmittel, Pollen)	☐	☐	_____

* Freiwillige Angabe | wenn Sie die Kontaktierung von uns zu medizinischen Sachverhalten über dieses Medium wünschen.

** Freiwillige Angabe | diese Information kann hilfreich für die Behandlung sein.

*** Freiwillige Angabe | wenn die Anforderung von Unterlagen für Ihre Behandlung sinnvoll ist, kommen wir bezüglich einer Einwilligung auf Sie zu.

Bitte wenden

	Ja	Nein	Welche
Chronische oder ansteckende Krankheiten? (z. B. Hepatitis, HIV, Tuberkulose)	☐	☐	_____
Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente?	☐	☐	_____

Zahnärztliche Angaben:

Ist dies der erste Zahnarztbesuch Ihres Kindes?	☐	☐	Vorheriger Zahnarzt: _____
Lutscht(e) Ihr Kind an Daumen, Schnuller, Tuch o.ä.?	☐	☐	_____
Erhält Ihr Kind Fluoride?	☐	☐	☐ Fluoridiertes Speisesalz ☐ Zahnpasta ☐ Tabletten ☐ Gel/Lack
Wie oft werden die Zähne geputzt?	☐	☐	☐ 1 mal täglich ☐ 2 mal täglich ☐ Mehrmals täglich
Putzt Ihr Kind alleine?	☐	☐	_____
Gab es kieferorthopädische Behandlungen	☐	☐	Kieferorthopäde: _____
Sonstige Auffälligkeiten im Mund-/Kieferbereich? (z. B. Sprachprobleme, Schmerzen, Unfälle)	☐	☐	_____

Ernährung & Trinkgewohnheiten:

Bekommt Ihr Kind Süßigkeiten?	☐ Nein	☐ selten	☐ täglich	☐ Mehrmals täglich
Was und wie viel trinkt Ihr Kind im Laufe des Tages? (z.B. Wasser, Saft, Tee, Limonade)	☐ Wasser	☐ Saft	☐ Tee	☐ Limonade
Hat Ihr Kind ein Getränk nachts am Bett?	☐	☐	_____	

Ich werde hiermit darauf aufmerksam gemacht, dass meine Verkehrstüchtigkeit durch eine örtliche Betäubung und Medikamente, die vor und während der Behandlung verabreicht werden, eingeschränkt sein kann. Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner umseitigen und obigen Angaben und verpflichte mich, Änderungen meiner Angaben rechtzeitig mitzuteilen.

Hinweis zur Organisation

Wir werden, falls erforderlich, gleich mehrere Termine für Sie reservieren. Dies erspart Ihnen lange Wartezeiten und wir sind am vereinbarten Termin nur für Sie da. Qualitätsarbeit ist nur ohne Zeitdruck möglich. Bitte haben Sie Verständnis dafür, dass Termine, die nicht mindestens 24 Stunden zuvor abgesagt wurden, gemäß § 615 BGB in Rechnung gestellt werden. Die Höhe des Ausfallhonorars liegt bei 100€ je Behandlungsstunde.

DATUM | ORT

UNTERSCHRIFT

HINWEISE ZUM SCHUTZ IHRER PERSONENBEZOGENEN DATEN | *HINWEIS ZU FREIWILLIGEN ANGABEN Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich meine freiwilligen Angaben, deren Rechtsgrundlage für die Verarbeitung meine vorliegende Einwilligung ist, jederzeit schriftlich oder durch E-Mail an die Praxis (für meine Daten verantwortlich) widerrufen kann (Art. 7 Abs. 3 DSGVO). Mir ist bekannt, dass mein jederzeit möglicher Widerruf der Einwilligung die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt (Art. 7 Abs. 3 Satz 2 DSGVO).

DATUM | ORT

UNTERSCHRIFT

Wir danken Ihnen herzlich für Ihre Beantwortungszeit!
Dr. Milos Kukoljac & Kollegen
Zahnmedizin

AM HEEDBRINK 78 | 44263 DORTMUND | 0231 4300 38
PRAXIS@KUKOLJAC.DE | MILOSKUKOLJAC.DE

Einwilligung in die Verarbeitung personenbezogener Daten

durch die Praxis Dr. (Univ. Belgrad) Milos Kukoljac



Sehr geehrte/r Patient/in,

in unserer Praxis möchten wir aus organisatorischen Gründen auch Verarbeitungen von Daten vornehmen, für die jeweils eine Einwilligung des Patienten erforderlich ist.

Diese Verarbeitungen sind im Einzelnen unten aufgeführt und in einer Zahnarztpraxis üblich. Wir möchten Sie bitten, durch Ihre Unterschrift zu bestätigen, dass bzw. mit welchen Verarbeitungen Sie einverstanden sind. Ihre Behandlung ist hiervon selbstverständlich nicht abhängig. Sie haben die Möglichkeit, jede Einwilligung jederzeit durch formlose Mitteilung an uns zu widerrufen. Die Art der verarbeiteten Daten, der Umfang der Verarbeitung und mögliche Empfänger sind in allen Fällen auf das für den jeweiligen Zweck Erforderliche beschränkt. Die Daten werden nach Zweckerfüllung gelöscht, soweit keine gesetzliche Aufbewahrungspflicht besteht. Es sind technische und organisatorische Maßnahmen getroffen, um die Daten gegen Manipulationen, Verlust, oder den Zugriff unberechtigter Personen zu schützen. Verantwortlicher für die Datenverarbeitung und Ihr Ansprechpartner für Fragen ist Herr Dr. (Univ. Belgrad) Milos Kukoljac

Recall

Ein regelmäßiger Zahnarztbesuch ist sinnvoll und kann zu Einsparungen beim Zahnersatz führen. Mit unserem "Recall" erinnern wir Sie hieran gerne per [z.B. Mail, SMS, Postkarte] 6 Monate nach Ihrer letzten Untersuchung.

Abrechnung über externen Dienstleister

Wir nehmen uns viel lieber Zeit für Ihre Behandlung als für die Abrechnung. Sofern einmal private Zahlungen anfallen, beauftragen wir daher regelmäßig das Unternehmen Health AG, Lübeckertordamm 1-3, 20099 Hamburg, uns diese Arbeit abzunehmen. Es handelt sich dabei um ein zuverlässiges, anerkanntes zahnärztliches Abrechnungsunternehmen. An dieses werden nur die für die Abrechnung erforderlichen Daten, insbesondere Ihre Kontaktdaten sowie die nach der Gebührenordnung für Zahnärzte/Ärzte erbrachten Leistungen übermittelt, soweit erforderlich auch mit uns geschlossene besondere Vereinbarungen, aber keine darüber hinausgehenden Gesundheitsdaten oder sonstige Informationen.

Zuweisung weiterbehandelnde Ärzte

Sollten Sie eine Überweisung zu einem weiterbehandelnden Zahnarzt, Mund-Kiefer Gesichtschirurgie oder Kieferorthopäde oder für das Krankenhaus benötigen. Die Übermittlung der Röntgenaufnahmen geschieht in der Regel per Email.

Zahntechnisches Labor

Für die Anfertigung bzw. Reparaturen von Zahnersatz bei uns im Eigenlabor bzw. im Fremdlabor Caninus Dental; Alfred - Trappenstr.36 ; 44263 Dortmund

Forderungseinzug

Einzug offener Honorarforderungen durch uns oder bzw. einen Rechtsanwalt.

Kommunikation mit Krankenversicherungen

Erforderliche Rücksprachen, Abrechnungskklärungen bzw. Klärung Ihres Versicherungsstatus mit Ihrer Krankenversicherung

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich ausreichend über die jeweils beabsichtigten Verarbeitungen informiert bin und freiwillig mein Einverständnis in die Verarbeitungen erkläre, sofern ich diese oben nicht insgesamt oder einzeln durchgestrichen habe.

In demselben Umfang, beschränkt auf den jeweils dargestellten Verarbeitungszweck, entbinde ich Dr. (Univ. Belgrad) Milos Kukoljac und das für die jeweilige Verarbeitung eingesetzte Personal von der zahnärztlichen Schweigepflicht.

DATUM | ORT

UNTERSCHRIFT

Risikoaufklärung - allgemeine zahnmedizinische Behandlungen

Füllungen:

Füllungen dienen der Wiederherstellung von erkrankter oder beschädigter Zahnschubstanz und haben zahnberhaltende Aufgaben. Allerdings kann es trotz sorgfältigsten Vorgehen zu Komplikationen kommen:

- Schmerzen
- Unverträglichkeit gegenüber dem Füllungsmaterial
- Absterben des lebenden Gewebes - besonders bei tiefen Füllungen - wobei als Folge eine Wurzelbehandlung durchgeführt werden muss
- Bruchgefahr der Füllung

Lokalanästhesie:

Die aktuellen Präparate ermöglichen eine Schmerzfreie Zahnbehandlung, Im Allgemeinen sind sie gut verträglich. Sehr selten kann es aber zu Komplikationen kommen

- Unverträglichkeitsreaktionen oder Schock
- Länger anhaltende Wirkung (Tage, Wochen)
- Blutergüsse im Weichgewebe
- Dauernde Beeinträchtigung der Nerven
- Bruch der Injektionsnadel

Bitte informieren Sie immer (auch im Laufe der Behandlung) ihre(n) Behandler(in) falls Überempfindlichkeitsreaktionen vorhanden oder neu aufgetreten sind.

Wurzelbehandlung:

Sie stellt immer nur einen Versuch dar, einen tief zerstörten Zahn zu erhalten, der mit dem Zahnverlust enden kann. Im Laufe der Behandlung kann es trotz sorgfältigstem Vorgehen zu Komplikationen kommen;

- Schmerzen
- Bruch von Wurzelkanalinstrumenten
- Seitliche Eröffnung des Wurzelkanals (besonders bei grazen Wurzeln)
- Frakturen der Zähne
- Schwellung und Absterben (Nekrosen), sowie Blutergüsse der umliegenden Weichgewebe nach Spülung des Wurzelkanals
- Überinstrumentierung und Überfüllung von Wurzelfüllmaterial
- Oberkiefer: Kieferhöhlenbeschwerden - Schmerzen
- Unterkiefer: Knochenentzündung - Schmerzen

Als Folge solcher Komplikationen ist oft die Extraktion (Entfernung des Zahnes) die einzige Möglichkeit, um eine Schmerzlinderung und endgültige Ausheilung zu erreichen.

Stiftaufbau:

Er ermöglicht den Erhalt eines erfolgreich wurzelbehandelten Zahnes durch Versorgung mittels Kronen. Als Folge der Präparation können folgende Komplikationen auftreten:

- Seitliche Eröffnung des Wurzelkanals - Extraktion des Zahnes ist notwendig

Inlay (Einlagefüllung):

Als hochwertige Alternative zu den plastischen Füllungsmaterialien sind sie die ideale Versorgungsmöglichkeit für einen nicht zu tief zerstörten Zahn im Seitenzahnbereich. Nur durch sie ist bei regelmäßiger und sorgfältiger Zahnpflege eine Erhaltung des betroffenen Zahnes durch viele Jahre möglich. In seltenen Fällen kann es aber zu Komplikationen kommen:

- Schmerzen (besonders bei tieferen Präparationen)
- Entzündungen des im Zahninneren gelegenen Gewebes - als Folge ist oft eine Wurzelbehandlung nötig

- Überempfindlichkeit auf "kalt" und "heiß"
- Absterben des Zahnes auch nach Wochen oder Monaten nach der Anfertigung
- Während des Beschliffes kann es auf Grund von unvorhersehbar auftretender Gegebenheiten zu Änderung des Behandlungsplanes im Sinne von Onlay-, Overlay- oder Kronenversorgung kommen
- Bruchgefahr (materialbedingt) des Inlays

Kronen und Brücken:

Tief zerstörte Zähne und Zahnlücken können nur durch diese längerfristig erhalten werden. Als Folge der Präparation können folgende Komplikationen auftreten:

- Schmerzen
- Entzündungen der Pulpa (Wurzelbehandlung notwendig)
- Absterben des Zahnes (Wurzelbehandlung notwendig)
- Langanhaltende Überempfindlichkeit "kalt" und "heiß"
- Abplatzen von Keramik
- Entzündliche Veränderungen des angrenzenden Zahnfleischsaumes bei ungenügender Mundhygiene

Extraktion:

Trotz aller Sorgfalt kann es bei der Entfernung eines nicht mehr erhaltbaren, tief zerstörten Zahnes zu Komplikationen kommen:

- Lokalanästhesie
- Verletzungen von Blutgefäßen und Nerven - Blutergüsse können entstehen
- Nachblutungen
- Wundheilungsstörungen - starke Schmerzen, ggf. Wundrevision nötig
- Oberkiefer: Eröffnung der Kieferhöhle
- Operative Entfernung des Zahnes (sprödes Zahnmaterial wurzeltoter Zähne, starke Krümmung der Wurzeln nach Abwägung der Risiken, evtl. Belassen eines Wurzelrestes im Knochen (Z.B. bei Nervnähe)
- Verlagerung eines Wurzelrestes, z.B. in die Kieferhöhle

Bleaching/ Aufhellung von natürlichen Zähnen/Zahnschmelzen:

Beim Bleaching werden die natürlichen Zähne und Zahnschmelzen durch Wasserstoffperoxide aufgehellt.

Dabei gibt es Kontraindikationen, d.h. Füllungen und Zahnersatz im sichtbaren Bereich können nicht mit aufgehellt werden. Füllungserneuerungen aus ästhetischen Gründen dürfen nicht zu Lasten der Krankenkasse abgerechnet werden. Ebenso wie Zahnersatz. Schwangerschaft, Stillzeit und Allergien gegenüber Wasserstoffperoxiden und anderen Bestandteilen. Es kann zu folgenden Komplikationen kommen:

- Überempfindlichkeit auf "kalt" und "heiß" über mehrere Tage oder Wochen
- Kurzzeitige Reizung des Zahnfleisches (weißliche Verfärbungen verschwinden meistens nach einigen Tagen)
- Eindringung des Bleachinggels bis zur Pulpa, welches zum Absterben des Nerven führen kann, was eine Wurzelbehandlung notwendig macht.

DATUM | ORT _____

UNTERSCHRIFT _____

Wir danken Ihnen herzlich für Ihre Zeit!
Dr. Milos Kukoljac & Kollegen
Zahnmedizin

Krankenkasse bzw. Kostenträger:

Angaben d. Patient*in

Name, Vorname, Anschrift d. Patient*in:

Geboren am:

Angaben d. Rechnungsempfänger*in¹

Name, Vorname, Anschrift d. gesetzlichen Vertreter*in/Rechnungsempfänger*in:

Geboren am:

¹Eltern/Vormund/Betreuer*in bei Patient*innen unter 18 Jahren/Geschäftsunfähigen/beschränkt Geschäftsfähigen.

Weitere Informationen zur Verarbeitung Ihrer
personenbezogenen Daten können Sie abrufen unter:
www.healthag.de/datenschutz

Einwilligungserklärung

Der/die Patient*in, ggf. der/die gesetzliche Vertreter*in mit Alleinvertretungsmacht, erklärt:

Ich bin einverstanden

- mit der Übermittlung der zum Zwecke der Abrechnung und Geltendmachung von Forderungen aus der Behandlung erforderlichen Informationen, einschließlich Gesundheitsdaten (Name, Anschrift, Geburtsdatum, Befunde, Maßnahmen und Ergebnisse, Behandlungsverläufe), an die Health Coevo AG, Lübeckertordamm 1-3, 20099 Hamburg, kurz Health AG, und der zu diesem Zweck dort erfolgten Verarbeitung,
- mit der Rechnungsstellung durch die Health AG in eigenem Namen und auf eigene Rechnung sowie der Abtretung der Forderung(en) an die Health AG und entbinde insoweit meine Behandelnden und ihre berufsmäßig tätigen Gehilf*innen (vgl. Stempel) sowie die Health AG von der Schweigepflicht, sofern dies für die Geltendmachung der Forderung(en) durch die Health AG erforderlich ist. Ich weiß, dass Einwände gegen die Forderung(en) gegenüber der Health AG zu erheben und dabei unter Umständen Einzelheiten aus der Behandlung offenzulegen sind und meine Behandelnden und ihre berufsmäßig tätigen Gehilf*innen im Rahmen einer möglichen Auseinandersetzung mit der Health AG als Zeug*innen vernommen werden können.

Ich bin ferner damit einverstanden, dass die Health AG zur Ermittlung des Zahlungsausfallrisikos Informationen über meine Bonität bei Wirtschaftsauskunfteien einholt. Zu diesem Zweck stellen die CRIF GmbH (Leopoldstr. 244, 80807 München) und/oder die Creditreform Boniversum GmbH (Hellersbergstr. 11, 41460 Neuss) Adress- und Bonitätsdaten einschließlich auf Basis eines wissenschaftlich anerkannten mathematisch-statistischen Verfahrens ermittelter Wahrscheinlichkeitswerte zur Verfügung. In die Berechnung von Wahrscheinlichkeitswerten fließen ggf. Anschriftendaten ein.

Ich erteile meine Einwilligung freiwillig und bin darüber informiert, dass eine Behandlung nicht von der Erteilung abhängig ist. Meine Zustimmung gilt auch für zukünftige Behandlungen und kann von mir jederzeit mit Wirkung für die Zukunft gegenüber meinen Behandelnden und ihren berufsmäßig tätigen Gehilf*innen oder der Health AG widerrufen werden. Die bis zum Widerruf getätigte Datenverarbeitung sowie erfolgte Rechnungsstellung der Health AG bleiben hiervon unberührt.

Datum

Praxis-/Klinikstempel

Unterschrift Patient*in/ ggf. gesetzlicher/
gesetzliche Vertreter*in

Wichtige Informationen zu Ihrer Privatabrechnung (Art. 13 f. DSGVO in Verbindung mit §§ 32 ff. BDSG-neu) und zu Ihrer Bonitätsprüfung

Liebe Patientin, lieber Patient,

wir möchten uns ganz auf Sie und Ihre Behandlung konzentrieren. Deshalb haben wir uns dafür entschieden, das Management unserer Patientenrechnungen an eine Partnerin unseres Vertrauens zu übergeben. Die Health Coevo AG, kurz Health AG, ermöglicht im Rahmen eines Factoringverhältnisses die zügige und korrekte Bearbeitung Ihrer Rechnungen. Das entlastet uns in unserer Verwaltung und somit haben wir mehr Zeit für Sie. Wenn Sie Fragen zur Rechnung haben oder in bequemen Raten zahlen möchten, kontaktieren Sie gern die Health AG. Ihre Angaben sind dort in guten Händen. Ihre Daten werden von dem Unternehmen so behandelt, wie es die Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) und das Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) vorschreiben, und nicht unbefugt an Dritte weitergegeben. Damit die Abrechnung in Zusammenarbeit mit der Health AG möglich wird, benötigen wir Ihr schriftliches Einverständnis.

Die von der Health AG verarbeiteten Gesundheitsdaten werden ab Zweckfortfall gesperrt und nach Ablauf der gesetzlichen Aufbewahrungsfristen gelöscht. Sie haben das Recht, über die Sie betreffenden personenbezogenen Daten Auskunft zu erhalten. Auch können Sie die Berichtigung unrichtiger Daten verlangen. Darüber hinaus steht Ihnen unter bestimmten Voraussetzungen das Recht auf Löschung von Daten, das Recht auf Einschränkung der Datenverarbeitung sowie das Recht auf Datenübertragbarkeit zu. Ihre Anliegen zum Datenschutz richten Sie bitte unmittelbar an die/den Datenschutzbeauftragte/-n der Health AG, E-Mail: datenschutz@healthag.de. Weitere Informationen zum Datenschutz bei der Health AG finden Sie unter www.healthag.de/datenschutz.

Bitte beachten Sie, dass die Health AG vor Durchführung eines Forderungsankaufs eine Beurteilung des Zahlungsausfallrisikos bei der Wirtschaftsauskunftei (CRIF GmbH (Leopoldstr. 244, 80807 München)) durchführt (Scoring). Dazu werden die personenbezogenen Daten, die zu der Bonitätsprüfung nötig sind (Name, Geburtsdatum, Adresse) an die Wirtschaftsauskunftei übertragen. Die Wirtschaftsauskunftei übermittelt der Health AG Informationen zu Ihrem bisherigen Zahlungsverhalten zur Beurteilung des Zahlungsausfallrisikos. Anfragen bei den Auskunftsteilen können positive wie negative Auswirkungen auf Ihren Bonitätswert haben. Die Erhebung, Speicherung und Weitergabe erfolgt mithin zum Zwecke der Bonitätsprüfung zur Vermeidung eines Zahlungsausfalles auf Grundlage des Art. 6 Abs. 1 S. 1 lit. f bzw. Art. 6 Abs. 1 S. 1 lit. a DSGVO. Auf Basis dieser Informationen wird eine statistische Wahrscheinlichkeit für einen Zahlungsausfall und damit Ihre Zahlungsfähigkeit berechnet. Unter Berücksichtigung des Ergebnisses der Bonitätsprüfung wird die Health AG den Forderungsankauf und die Abrechnung der Behandlung durchführen und Ihnen ggf. eine Ratenzahlung anbieten können.

Sie haben ferner das Recht, sich bei der zuständigen Aufsichtsbehörde für den Datenschutz zu beschweren, wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht rechtmäßig erfolgt. Die Kontaktdaten der zuständigen Aufsichtsbehörde lauten:

Der Hamburgische Beauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit
Kurt-Schumacher-Allee 4 | 20097 Hamburg
T +49 40 42854-4040/4000 | mailbox@datenschutz.hamburg.de

Bitte unterschreiben Sie hierfür diese Einwilligungserklärung.
Vielen Dank!

Ihr Praxis-/Klinikteam

Health Coevo AG
Patientenservice
Lübeckertordamm 1-3
20099 Hamburg

T +49 40 524 709-000
info@healthag.de
www.healthag.de

 **Health AG**