













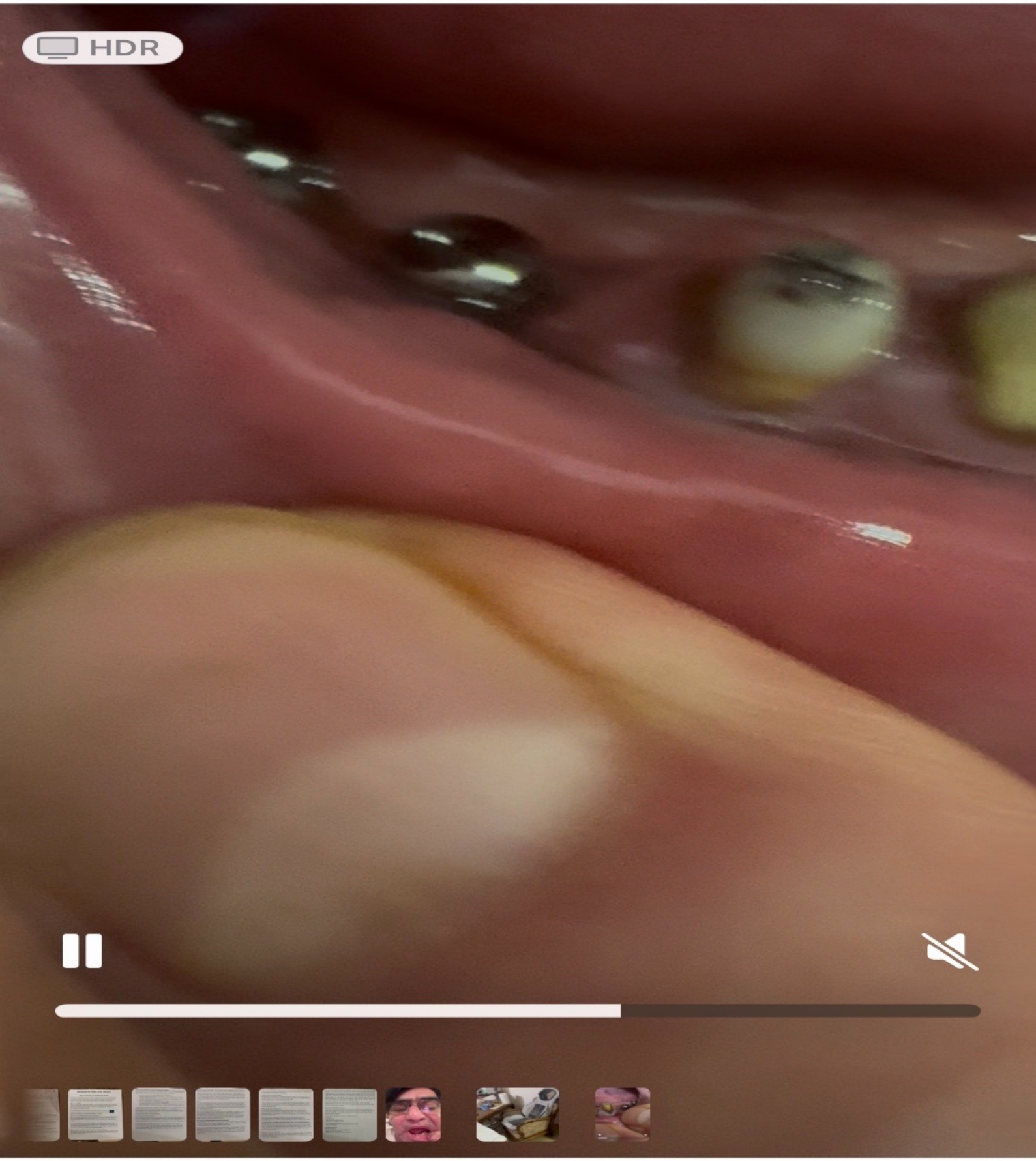





HDR


HDR


HDR


HDR

Enam Mahmudzade

Zahnarzt



Name(Фамилия) _____

Vorname(Имя) _____

Geburtsdatum(Дата рождения) _____

Email(Эл. Адрес) _____

Straße (улица) _____

Telefon/Handy (телефон/мобильный) _____

Wohnort (Место жительство) _____

Beruf/Arbeitgeber(Профессия/Работодатель)_____

Für Privatversicherte: Beihilfe ☐ja ☐nein Standard-/Basistarif ☐ja ☐nein

Для частных застрахованных: Помощь ☐да ☐нет Стандартный/Базовый тариф ☐да ☐нет

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

Как вы узнали о нашей Клинике?

☐ Familie / Bekannte ☐ unsere Homepage ☐ Internet ☐ Bewertungsportal

☐ Семья/Знакомые ☐ наша домашняя страница ☐ Интернет ☐ Оценочный портал

Waren sie im vergangenen Jahr in ärztlicher Behandlung? ☐ja ☐nein

Получали ли Вы лечение в течение последнего года? ☐да ☐нет

Wenn ja, aufgrund welcher Erkrankung? _____

Если да, то в связи с каким заболеванием? _____

Nehmen sie regelmäßig Medikamente? ☐ja ☐nein

Вы регулярно принимаете лекарства? ☐да ☐нет

Wenn ja, welche? _____

Если да, то какие? _____

Sind sie allergisch gegenüber Medikamenten oder Materialien? ☐ja ☐nein

У вас есть аллергия на лекарства или материалы? ☐да ☐нет

Wenn ja, welche? Ggf. Allergiepass? _____

Если да, то на какие? _____

Besitzen Sie einen Herzpass? ☐ja ☐nein

У вас есть паспорт сердца? ☐да ☐нет

Bluten Sie leicht & lang nach Verletzungen / Zahnentfernungen? ☐ja ☐nein

Длиться у вас долго кровотечение после травм/удаления зубов? ☐да ☐нет

Sind Sie alkoholkrank? ☐ja ☐nein

Вы потребитель алкоголя? ☐да ☐нет

Sind Sie drogenabhängig? ☐ja ☐nein

Вы потребитель наркотика? ☐да ☐нет

Haben oder hatten Sie eine der folgenden Krankheiten?

Есть ли у вас или были ли у вас какие-либо из следующих заболеваний?

Erkrankungen des Herzens oder des Kreislaufs ☐ja ☐nein

Сердечно-сосудистые заболевания ☐да ☐нет

Tragen sie einen Herzschrittmacher? ☐ja ☐nein

Вы носите кардиостимулятор? ☐да ☐нет

Erkrankungen des Blutes bzw. Blutgerinnungsstörungen ☐ja ☐nein

Болезни крови или нарушения свертываемости крови ☐да ☐нет

Erkrankungen der Nasennebenhöhlen (z.B. Kieferhöhle)	□ja	□nein
Заболевания придаточных пазух носа (например, верхнечелюстной пазухи)	□да	□нет
Asthma	□ja	□nein
Астма	□да	□нет
Lebererkrankungen (Hepatitis, Gelbsucht)	□ja	□nein
Заболевания печени (гепатит, желтуха)	□да	□нет
Erkrankungen der Nieren	□ja	□nein
Болезнь почек	□да	□нет
Rheuma, rheumatoide Arthritis	□ja	□nein
Ревматизм, ревматоидный артрит	□да	□нет
Diabetes (Zuckerkrankheit, Typ 1 oder 2)	□ja	□nein
Сахарный диабет (диабет 1 или 2 типа)	□да	□нет
Schilddrüsenerkrankungen	□ja	□nein
Заболевания щитовидной железы	□да	□нет
Erkrankungen der Augen (Engwinkelglaukom / grüner Star)	□ja	□nein
Заболевания глаз (узкоугольная глаукома/глаукома)	□да	□нет
Anfallsleiden (z.B. Krämpfe, Epilepsie), Ohnmachtsneigungen	□ja	□nein
Судорожные расстройства (например, судороги, эпилепсия), склонность к обморокам	□да	□нет
Tuberkulose (Tbc)	□ja	□nein
Туберкулез (ТБ)	□да	□нет
HIV positiv	□ja	□nein
ВИЧ положительный	□да	□нет

Sind Sie mit Ihrer Zahnfarbe zufrieden?	□ja	□nein
Довольны ли вы цветом ваших зубов?	□да	□нет
Leiden Sie unter Mundgeruch?	□ja	□nein
Вы страдаете от неприятного запаха изо рта?	□да	□нет
Wünschen Sie die Teilnahme an unserem Erinnerungsservice?	□ja	□nein
Хотели бы вы принять участие в нашей службе напоминаний?	□да	□нет

Sollte sich ihr Befinden / Gesundheitszustand im Verlauf der Behandlung ändern, bitten wir um einen entsprechenden Hinweis. Bitte beachten Sie, dass wir für nicht eingehaltene oder zu kurzfristig abgesagte Termine (mind. 24 Std. vorher) ein Ausfallhonorar gem. § 615 BGB berechnen können.
Если ваше состояние/состояние здоровья изменится в ходе лечения, мы просим вас сообщить нам об этом. Обратите внимание, что мы можем взимать плату за отмену в соответствии с § 615 BGB для встреч, которые не сохраняются или отменяются в короткие сроки (по крайней мере, 24 часа раньше)

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass meine Angaben wahrheitsgemäß sind.
Своей подписью я подтверждаю, что предоставленная мною информация верна.

_____

Berlin, Datum, Unterschrift (Берлин, дата, подпись)

Datenschutzinformationen zu Doctolib

Für die optimale Terminverwaltung setzen wir das Terminmanagementsystem von Doctolib ein. Doctolib bietet uns einerseits ein modernes Terminmanagementrsystem und andererseits unseren Patienten die Möglichkeit, auf der Seite https://www.doctolib.de/ mit uns Termine online zu vereinbaren. Die Doctolib GmbH (Mehringdamm 51, 10961 Berlin) wird für uns als Auftragsverarbeiter tätig.

Wir nutzen die Doctolib Terminmanagementsoftware für alle unsere Patienten (unabhängig davon, ob der Patient ein Doctolib Nutzerkonto für die Onlinebuchung hat oder nicht), um Termine einheitlich zu verwalten. Doctolib verarbeitet sämtliche Daten nach allen geltenden Datenschutzvorschriften und wendet höchste Sicherheitsstandards an. Für die Terminvereinbarung werden folgende Daten in das Doctolib Terminmanagementsystem eingetragen: Name, Vorname, Geburtsdatum, Anschrift, Telefonnummer, E-Mail Adresse, Hausarzt, Krankenkassenstatus, überweisender Arzt, Besuchsgrund und Terminhistorie.

Ihre Daten werden für die Zwecke der Terminverwaltung erfasst, so wie es auch bisher bei uns der Fall war. Rechtsgrundlage für die Verarbeitung Ihrer Daten durch uns ist Art. 6 I b) DSGVO (der Behandlungsauftrag, den Sie uns erteilen), Art. 6 I a) DSGVO (Einwilligung für Terminerinnerungen per SMS und E-Mail) und Art. 9 II h) DSGVO (die Zwecke der Gesundheitsvorsorge). Doctolib wird dann als unser Auftragsverarbeiter tätig (Art. 28 DSGVO). Es erfolgt keine Weiterleitung der Daten durch Doctolib an kommerzielle Anbieter. Doctolib wird vertraglich auf die Schweigepflicht gemäß den §§ 203, 204 StGB verpflichtet. Eine Entbindung von der Schweigepflicht ist nicht erforderlich.

Besonderheiten der Online Buchung

Für die Online-Terminbuchung ist ein Doctolib-Nutzerkonto notwendig, hierfür gelten die Datenschutzhinweise von Doctolib, die auf der Webseite doctolib.de verfügbar sind. Für die Anlegung eines Doctolib Nutzerkontos ist die Doctolib GmbH (Mehringdamm 51, 10961 Berlin) Verantwortlicher für die Datenverarbeitung.

Um Terminausfälle zu vermindern, werden Sie mittels des Doctolib Kalendersystems per SMS und/oder E-Mail an Ihren Termin erinnert, wenn Sie Ihren Termin online gebucht haben. Wenn Sie keine solchen Erinnerungen mehr erhalten möchten, teilen Sie uns das jederzeit mit und wir stellen die Erinnerungen wieder aus.

Einwilligung zu Terminerinnerungen und Recalls per SMS und/oder E-Mail

Um Terminausfälle zu vermindern, möchten wir Sie auch falls Sie kein Doctolib Nutzerkonto haben, mittels des Doctolib Kalendersystems per SMS und E-Mail an Ihren Termin erinnern. Bitte bestätigen Sie mit Ihrer Unterschrift, dass Sie hiermit einverstanden sind. Wenn Sie keine Erinnerungen mehr erhalten möchten, teilen Sie uns das jederzeit mit und wir stellen die Erinnerungen wieder aus.

☐ Ja, ich möchte Terminerinnerungen erhalten. ☐ Nein, ich möchte keine Terminerinnerungen erhalten.

Ich möchte an Kontrolluntersuchungen sowie vereinbarte oder medizinisch notwendige Behandlungstermine erinnert werden (sog. Recalls) und bin bereit, an einem Wiederbestellsystem teilzunehmen (sog. Recalls). Sollte ich dies nicht mehr wünschen, kann ich mein Einverständnis hierzu jederzeit widerrufen.

☐ Ja, ich möchte Recalls erhalten. ☐ Nein, ich möchte keine Recalls erhalten.

Name: _____ Datum : _____

Unterschrift: _____

Datenschutzinformationen zu Doctolib

Für die optimale Terminverwaltung setzen wir das Terminmanagementsystem von Doctolib ein. Doctolib bietet uns einerseits ein modernes Terminmanagementrsystem und andererseits unseren Patienten die Möglichkeit, auf der Seite https://www.doctolib.de/ mit uns Termine online zu vereinbaren. Die Doctolib GmbH (Mehringdamm 51, 10961 Berlin) wird für uns als Auftragsverarbeiter tätig.

Wir nutzen die Doctolib Terminmanagementsoftware für alle unsere Patienten (unabhängig davon, ob der Patient ein Doctolib Nutzerkonto für die Onlinebuchung hat oder nicht), um Termine einheitlich zu verwalten. Doctolib verarbeitet sämtliche Daten nach allen geltenden Datenschutzvorschriften und wendet höchste Sicherheitsstandards an. Für die Terminvereinbarung werden folgende Daten in das Doctolib Terminmanagementsystem eingetragen: Name, Vorname, Geburtsdatum, Anschrift, Telefonnummer, E-Mail Adresse, Hausarzt, Krankenkassenstatus, überweisender Arzt, Besuchsgrund und Terminhistorie.

Ihre Daten werden für die Zwecke der Terminverwaltung erfasst, so wie es auch bisher bei uns der Fall war. Rechtsgrundlage für die Verarbeitung Ihrer Daten durch uns ist Art. 6 I b) DSGVO (der Behandlungsauftrag, den Sie uns erteilen), Art. 6 I a) DSGVO (Einwilligung für Terminerinnerungen per SMS und E-Mail) und Art. 9 II h) DSGVO (die Zwecke der Gesundheitsvorsorge). Doctolib wird dann als unser Auftragsverarbeiter tätig (Art. 28 DSGVO). Es erfolgt keine Weiterleitung der Daten durch Doctolib an kommerzielle Anbieter. Doctolib wird vertraglich auf die Schweigepflicht gemäß den §§ 203, 204 StGB verpflichtet. Eine Entbindung von der Schweigepflicht ist nicht erforderlich.

Besonderheiten der Online Buchung

Für die Online-Terminbuchung ist ein Doctolib-Nutzerkonto notwendig, hierfür gelten die Datenschutzhinweise von Doctolib, die auf der Webseite doctolib.de verfügbar sind. Für die Anlegung eines Doctolib Nutzerkontos ist die Doctolib GmbH (Mehringdamm 51, 10961 Berlin) Verantwortlicher für die Datenverarbeitung.

Um Terminausfälle zu vermindern, werden Sie mittels des Doctolib Kalendersystems per SMS und/oder E-Mail an Ihren Termin erinnert, wenn Sie Ihren Termin online gebucht haben. Wenn Sie keine solchen Erinnerungen mehr erhalten möchten, teilen Sie uns das jederzeit mit und wir stellen die Erinnerungen wieder aus.

Einwilligung zu Terminerinnerungen und Recalls per SMS und/oder E-Mail

Um Terminausfälle zu vermindern, möchten wir Sie auch falls Sie kein Doctolib Nutzerkonto haben, mittels des Doctolib Kalendersystems per SMS und E-Mail an Ihren Termin erinnern. Bitte bestätigen Sie mit Ihrer Unterschrift, dass Sie hiermit einverstanden sind. Wenn Sie keine Erinnerungen mehr erhalten möchten, teilen Sie uns das jederzeit mit und wir stellen die Erinnerungen wieder aus.

☐ Ja, ich möchte Terminerinnerungen erhalten. ☐ Nein, ich möchte keine Terminerinnerungen erhalten.

Ich möchte an Kontrolluntersuchungen sowie vereinbarte oder medizinisch notwendige Behandlungstermine erinnert werden (sog. Recalls) und bin bereit, an einem Wiederbestellsystem teilzunehmen (sog. Recalls). Sollte ich dies nicht mehr wünschen, kann ich mein Einverständnis hierzu jederzeit widerrufen.

☐ Ja, ich möchte Recalls erhalten. ☐ Nein, ich möchte keine Recalls erhalten.

Name: _____ Datum: _____

Unterschrift: _____

Hinweise zur Datenverarbeitung

Liebe Patientin, lieber Patient,
wir nehmen den Schutz Ihrer Daten sehr ernst. Alle Informationen werden vertraulich und gemäß den gesetzlichen Vorschriften behandelt, wie nachstehend entsprechend näher erläutert. Personenbezogene Daten sind Angaben zur Identifikation der Person, wie Vor- und Zuname und das Geburtsdatum. Kommunikationsdaten sind Angaben über Adresse, Telefonnummer und E-Mail-Adresse. Die Anamnese (Krankengeschichte) ist die wesentliche Grundlage für die Behandlung im Allgemeinen, für die Erfassung von Erkrankungen, laufende Medikamenteneinnahme und Allergien.

ÜBERMITTLUNG AN DRITTE: Es werden nur erforderliche Daten zum Zwecke der Abrechnung der erbrachten zahnärztlichen, bzw. und/oder ärztlichen Leistungen erhoben. Diese unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes (werden praxisintern verwahrt, verarbeitet, bleiben Dritten unzugänglich und werden streng vertraulich behandelt). Empfänger der Abrechnungsdaten sind die KZV, die gesetzlichen Krankenkassen und Berufsgenossenschaften. Gemäß unserer Berufsordnung und Gesetzgebung (SGBV) sind wir verpflichtet, Ihren überweisenden/mitbehandelnden Ärzten/Zahnärzten/Kieferorthopäden über die Behandlung zu berichten. Entsprechender Austausch von Röntgenbildern und Arztberichten findet per Mail verschlüsselt/passwortgeschützt statt oder regulär auf dem Postweg.
Wenn erforderlich, werden notwendige Daten im Fall pathologischer oder mikrobiologischer Untersuchungen/oder im Fall anfallender zahntechnischer Laborarbeiten an ein mitbehandelndes Labor weitergegeben. Bei meldepflichtigen Erkrankungen wird eine Meldung an das zuständige Gesundheitsamt erfolgen. Eine Übermittlung von Daten in die USA oder ein anderes Land außerhalb der EU (z.B. Nutzung von Webmail-Diensten oder Cloud-Diensten) ist nicht geplant.

NUTZUNG DER DATEN ZU INFORMATIONSZWECKEN: Wir nutzen die von Ihnen angegebenen personenbezogenen Kommunikationsdaten, um Ihnen wichtige Praxisinformationen und Terminerinnerungen zukommen zu lassen.

VERPFLICHTUNG AUF DAS DATENGEHEIMNIS: Alle Beschäftigten in unserer Praxis, an der Datenverarbeitung beteiligte Dritte (externe Dienstleister) und unsere Vertragspartner sind zur Wahrung des Datengeheimnisses gemäß §5 BDSG verpflichtet.

NUTZERRECHTE: Sie haben das Recht auf Auskunft, Berichtigung unrichtiger Daten, Widerspruch und auf Löschung und Sperrung Ihrer personenbezogen Daten, soweit dem keine gesetzliche Aufbewahrungsfrist entgegensteht.
Des Weiteren haben Sie das Recht auf Datenübertragbarkeit (Herausgabe von Daten).

LÖSCHUNG: Die Karteikarten und Röntgenbilder werden nach 10-jähriger Aufbewahrung nach Abschluss der Behandlung gemäß §5 (2) BMV-Z, §7 (3) EKV-Z, § 28 (3) der Röntgenverordnung und §7 BO ZÄK Berlin entsorgt/gelöscht. Bei einer Person, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, sind die Aufzeichnungen bis zur Vollendung des 28. Lebensjahres aufzubewahren.

FOLGEN BEI NICHTUNTERZEICHNEN: Sie haben das Recht, diesen Hinweis/Einwilligung nicht zuzustimmen. Die Erbringung der zahnärztlichen Leistungen und die damit verbundene Honorierung setzt die Erhebung und Verarbeitung Ihrer Daten grundlegend voraus. Eine Nichtunterzeichnung schließt daher eine Inanspruchnahme unserer Leistungen aus.

RECHT AUF BESCHWERDE: Bei Verstoß gegen die gesetzlichen Datenschutzbestimmungen, haben Sie das Recht auf Beschwerde bei einer Datenschutzbehörde.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich die abgedruckten Informationen gelesen und verstanden habe. Der Speicherung meiner personenbezogen Daten stimme ich hiermit ausdrücklich zu.
Mir ist bewusst, dass ich diese Bestätigung jederzeit ganz oder teilweise zurücknehmen kann. Wir bitten in diesem Fall um schriftliche Bestätigung.

Datum:	**Name:**	**Unterschrift:**

Patient/-in

AOK Nordost — Geburtsdatum: 72

Vorname: Ismail

Name: Rustem — 07.11.70

Straße: Eichmannstr. 9

PLZ: D 10787 — Ort: Berlin — 06/26

109519005 K754413695 1040000

030004813 585376991 07.11.25

Ggfs. gesetzlicher Vertreter oder abweichender Rechnungsempfänger

Vorname — Geburtsdatum

Name

Straße

PLZ — Ort

Beziehung zum Patienten
☐ Elternteil ☐ Betreuer ☐ Ehepartner

Versicherung bzw. Kostenträger

Telefonnummer / E-Mail / Beruf / ggfs. Hausarzt

Einverständniserklärung

Hiermit erkläre ich mich damit einverstanden, dass

- die zur Abrechnung und Geltendmachung der Forderungen jeweils erforderlichen Informationen, insbesondere von Daten aus meiner Patientenkartei (Name, Geburtsdatum, Anschrift, Befunde, Behandlungsdaten und -verläufe) an die FABIUS medical GmbH (FABIUS) weitergegeben und verarbeitet werden.
- FABIUS Informationen bei einer Auskunftei zur Prüfung meiner Bonität einholt. FABIUS teilt auf Nachfrage Name und Adresse der Auskunftei mit.
- die sich aus der Behandlung ergebenen Forderungen an die FABIUS abgetreten werden,
- zwecks Refinanzierung entsprechende Forderungen durch FABIUS an die akf bank GmbH & Co. KG, Am Diek 50, 42277 Wuppertal (Bank) weiterabgetreten werden können.

Ich wurde darüber aufgeklärt, dass FABIUS die Leistungen meiner Praxis mir, meiner Versicherung/Krankenkasse oder dem zuständigen Kostenträger gegenüber im eigenen Namen in Rechnung stellen und für sich geltend machen wird.

Ich weiß und bin damit einverstanden, dass im Falle einer gerichtlichen Auseinandersetzung über Honorarforderungen aufgrund der vorstehend beschriebenen Abtretung die FABIUS oder ggfs. die Bank Partei des Prozesses sein wird und FABIUS bzw. mein Arzt als Zeuge gehört werden kann, insoweit und für die Zwecke der vorstehend beschriebenen Übermittlungen an FABIUS bzw. an die Bank befreie ich meinen Arzt und die FABIUS von der ärztlichen bzw. sonstigen Schweigepflicht. Ich stimme weiter der Kommunikation mit FABIUS über Telefon, FAX, E-Mail sowie der Zustellung meiner Rechnung(en) per E-Mail oder sonstigem Datenaustausch ohne besondere Sicherungsmaßnahmen und Verschlüsselungen zu. Die sonstige Geheimhaltungs- und Schweigepflicht bleibt davon unberührt.

Diese Erklärung kann jederzeit, allerdings nur mit Wirkung für die Zukunft, widerrufen werden. Ich bestätige, dass ich diese Einverständniserklärung erhalten und vollumfänglich zur Kenntnis genommen habe. Die hier von mir gemachten Angaben sind aktuell und richtig.

Ort, Datum

Unterschrift Patient/-in bzw. gesetzlicher Vertreter und ggfs. abweichender Rechnungsempfänger

Weitere Informationen zu Ihrer Rechnung und zum Datenschutz finden Sie unter
www.fabius.de/information

fabius dental

FABIUS medical GmbH
Schönfließer Straße 84
16548 Glienicke

Praxisstempel







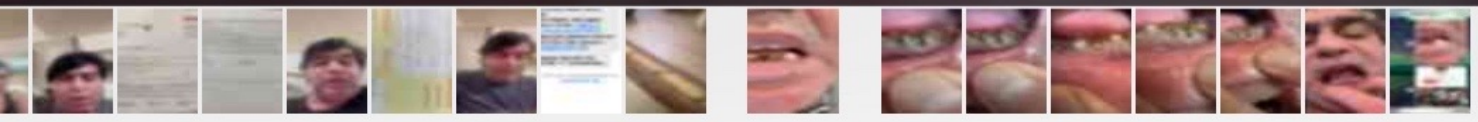


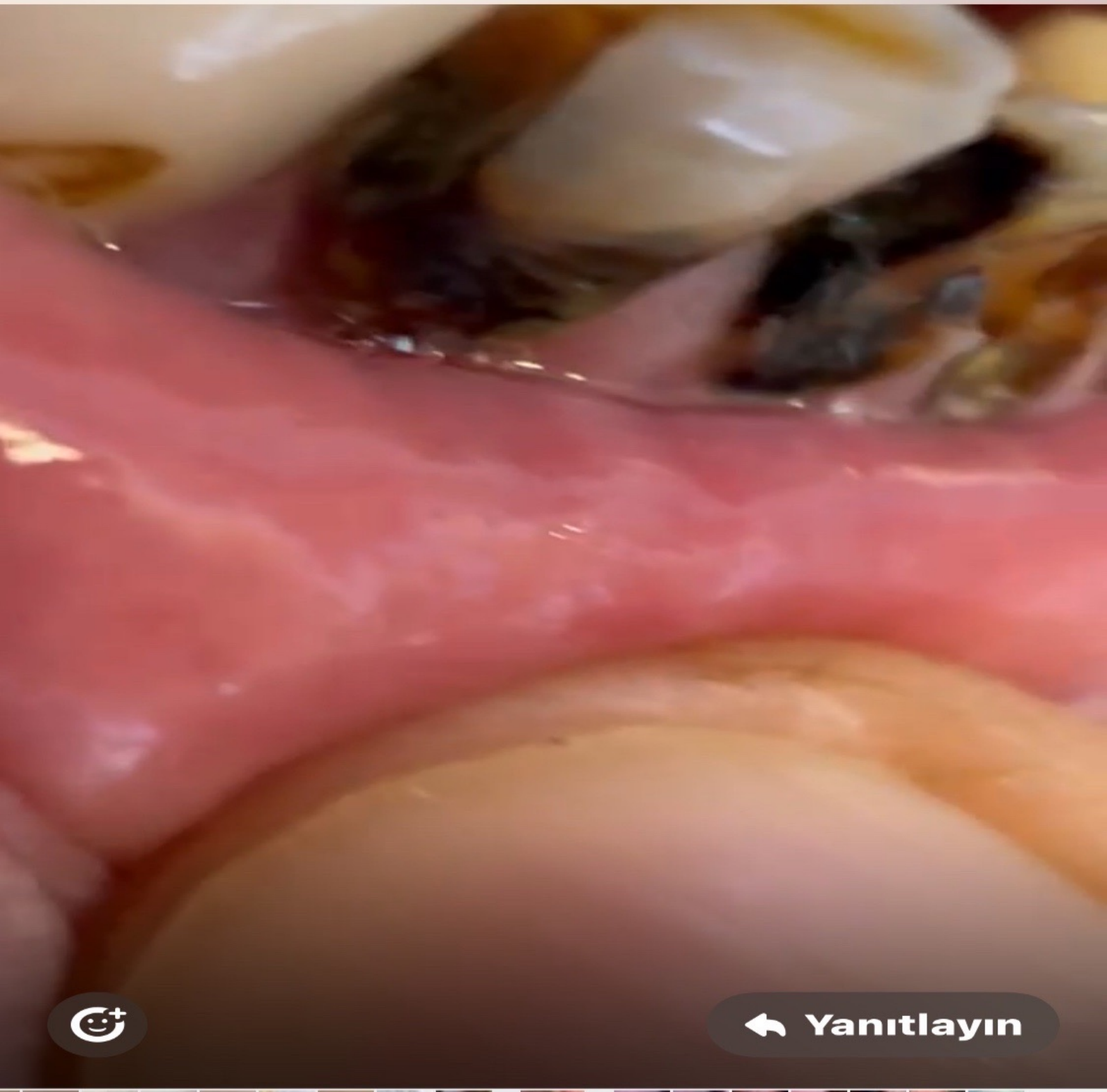


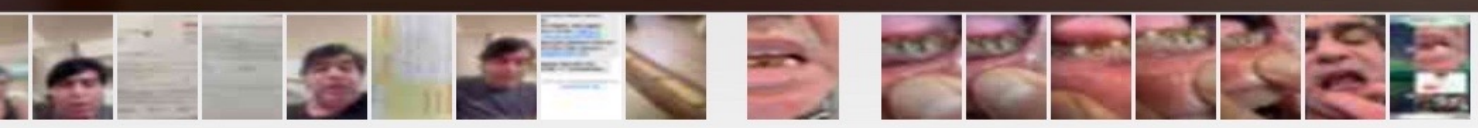
0:02 -0:57 1×




Yanıtlayın




Yanıtlayın



0:06 -0:10 1×



0:02 -0:13 1×

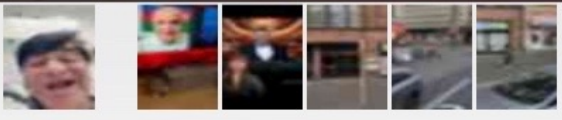


0:03 -0:12 1×



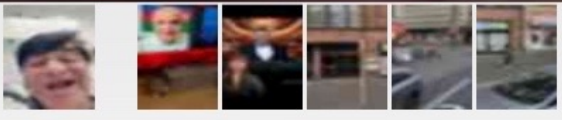
0:05 -0:10 1×





0:12 -0:03 1×





0:02 -0:13 1×



0:03 -0:13 1×





23:23

Orxan Blloger



Can 14:14

24 Eyl 2024

Cevapsız sesli arama
Geri aramak için dokunun
21:58

29 Eyl 2024

Vidadi İsgəndərlini Frasada bıcaqladılar - Vəzyəti ağırdı

23:23

Orxan Blloger

17 Eyl 2024



Can 14:14

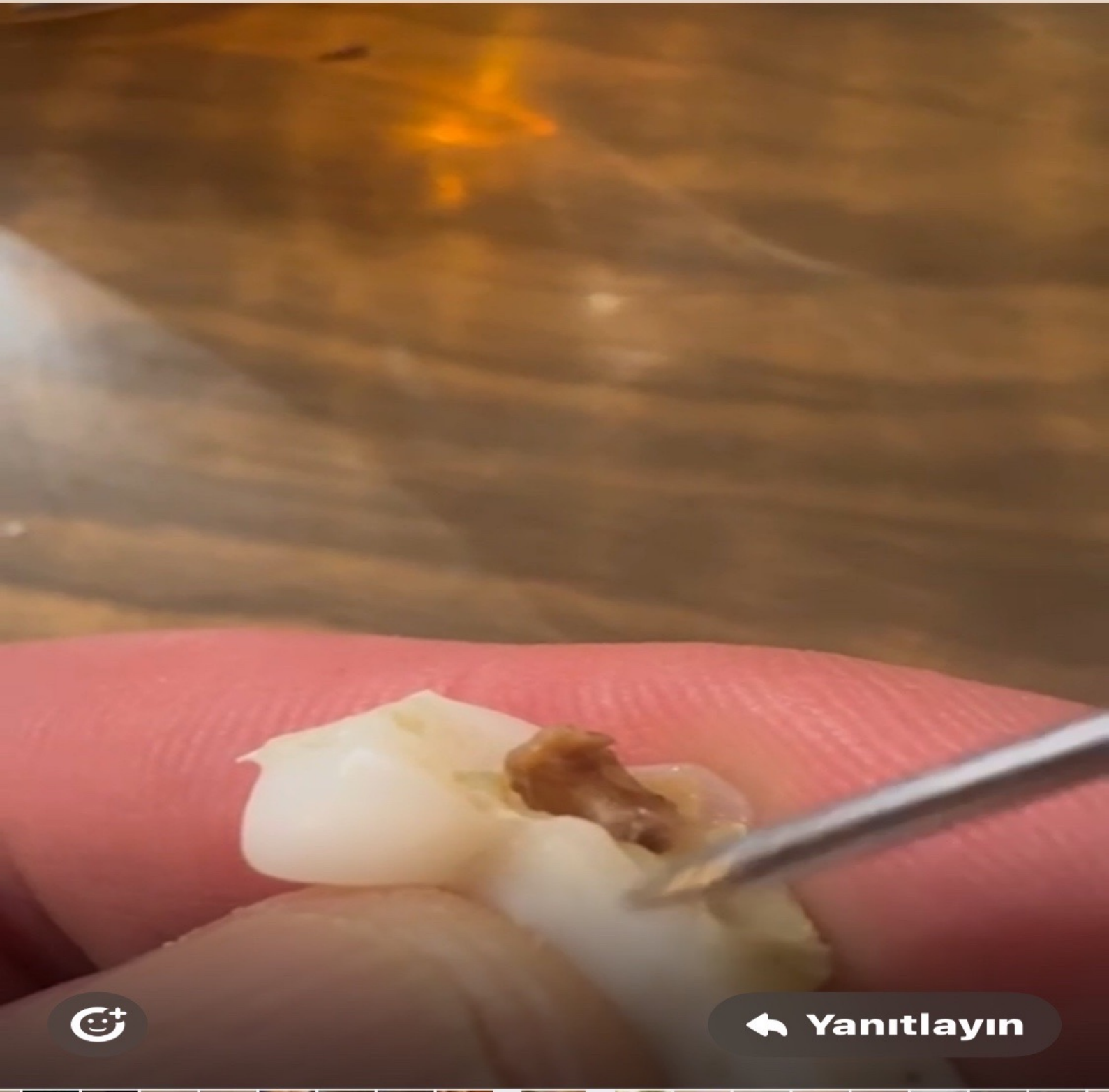
24 Eyl 2024

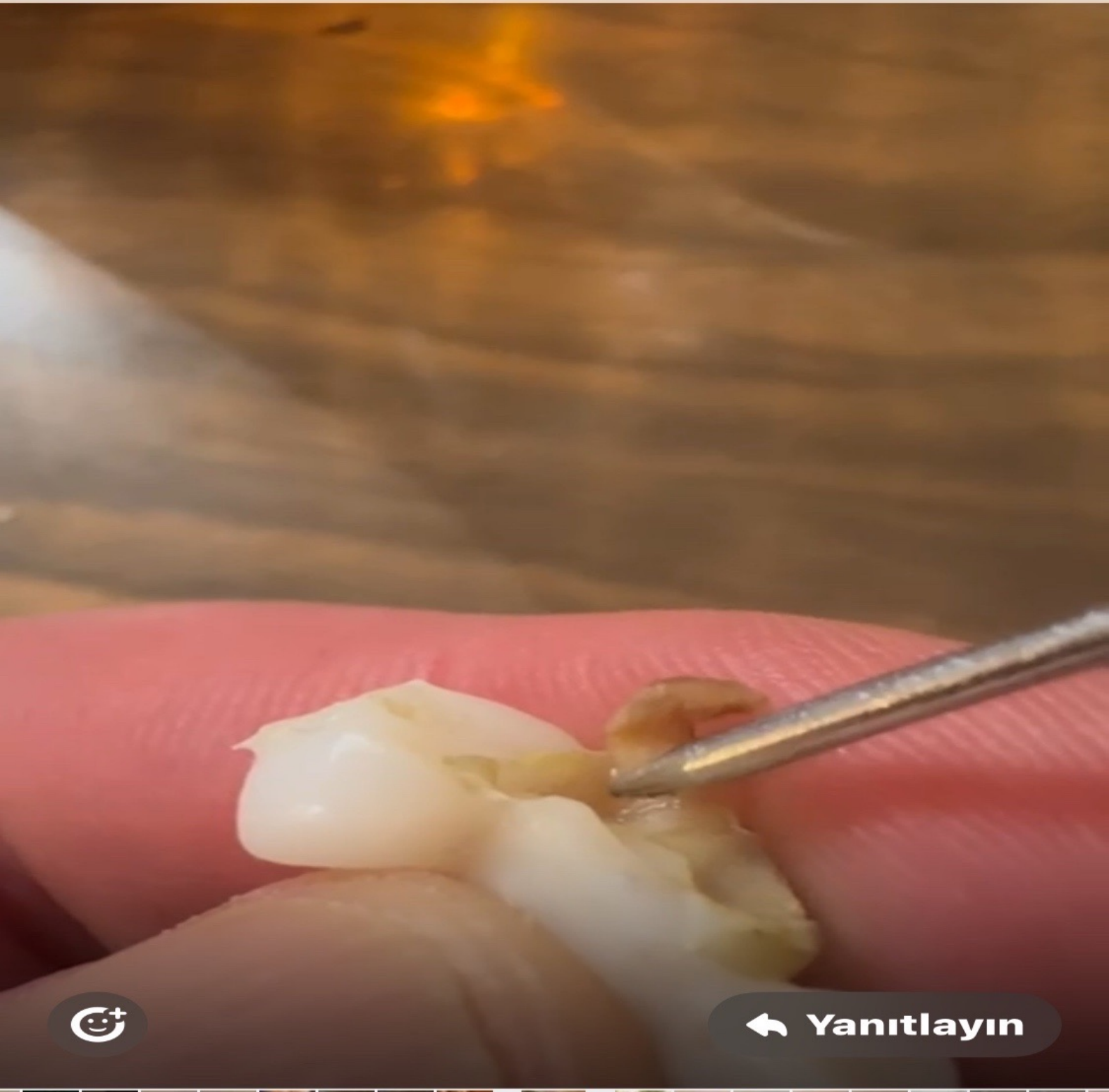
Cevapsız sesli arama
Geri aramak için dokunun
21:58

29 Eyl 2024

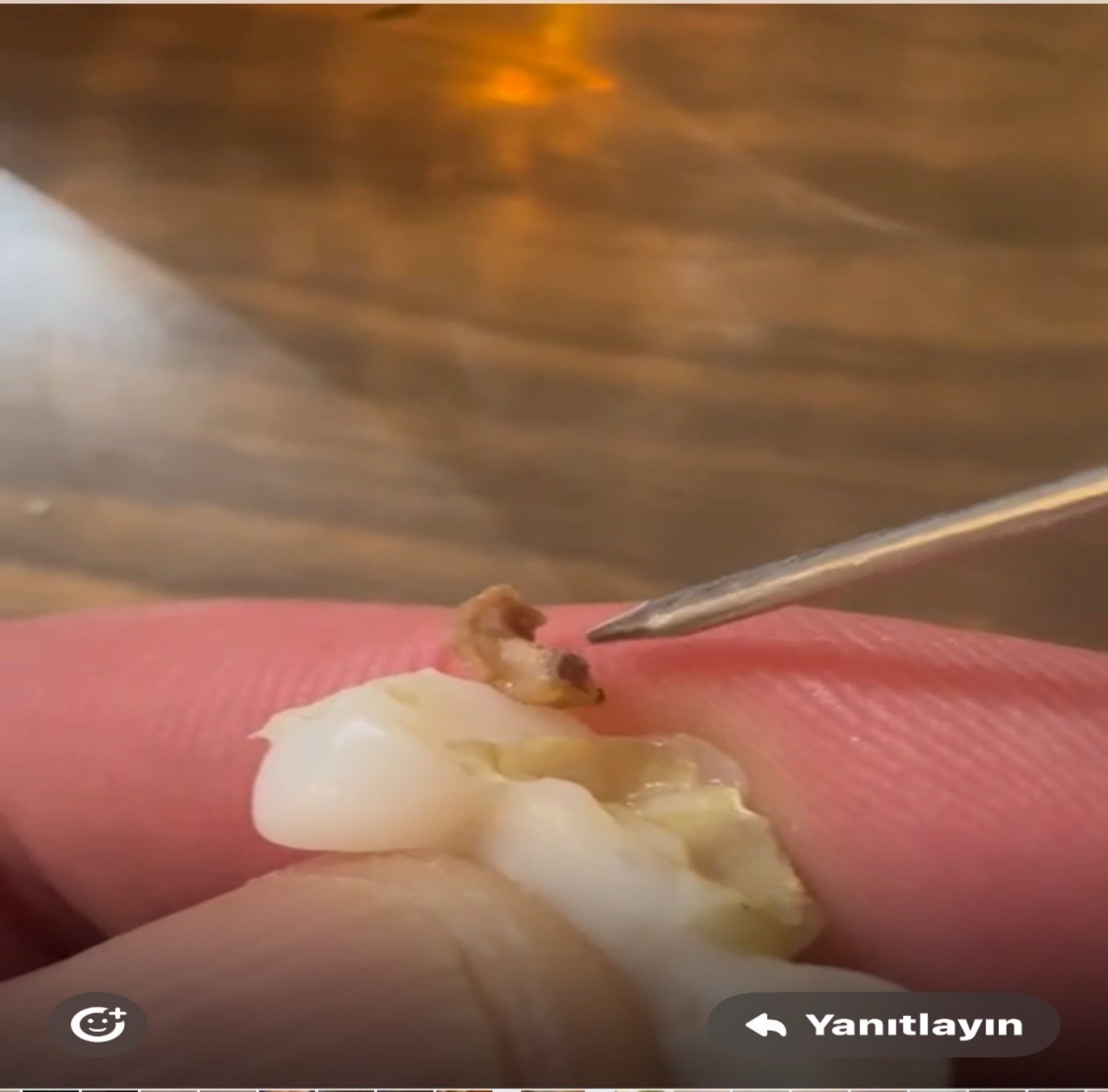
Vidadi İsgəndərlini Frasada

0:10 -0:53 1×




Yanıtlayın

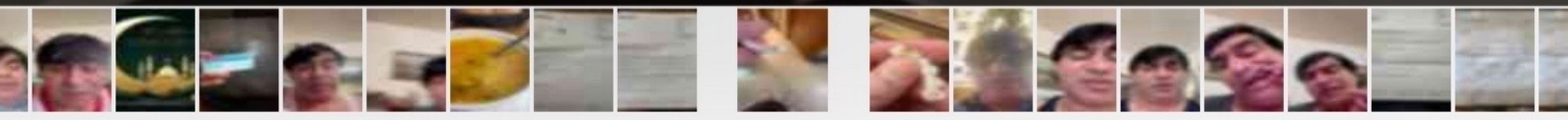
0:17 -0:47 1×



0:52 -0:12 1×



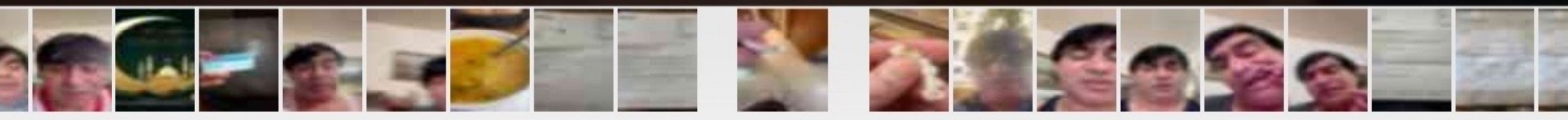

Yanıtlayın



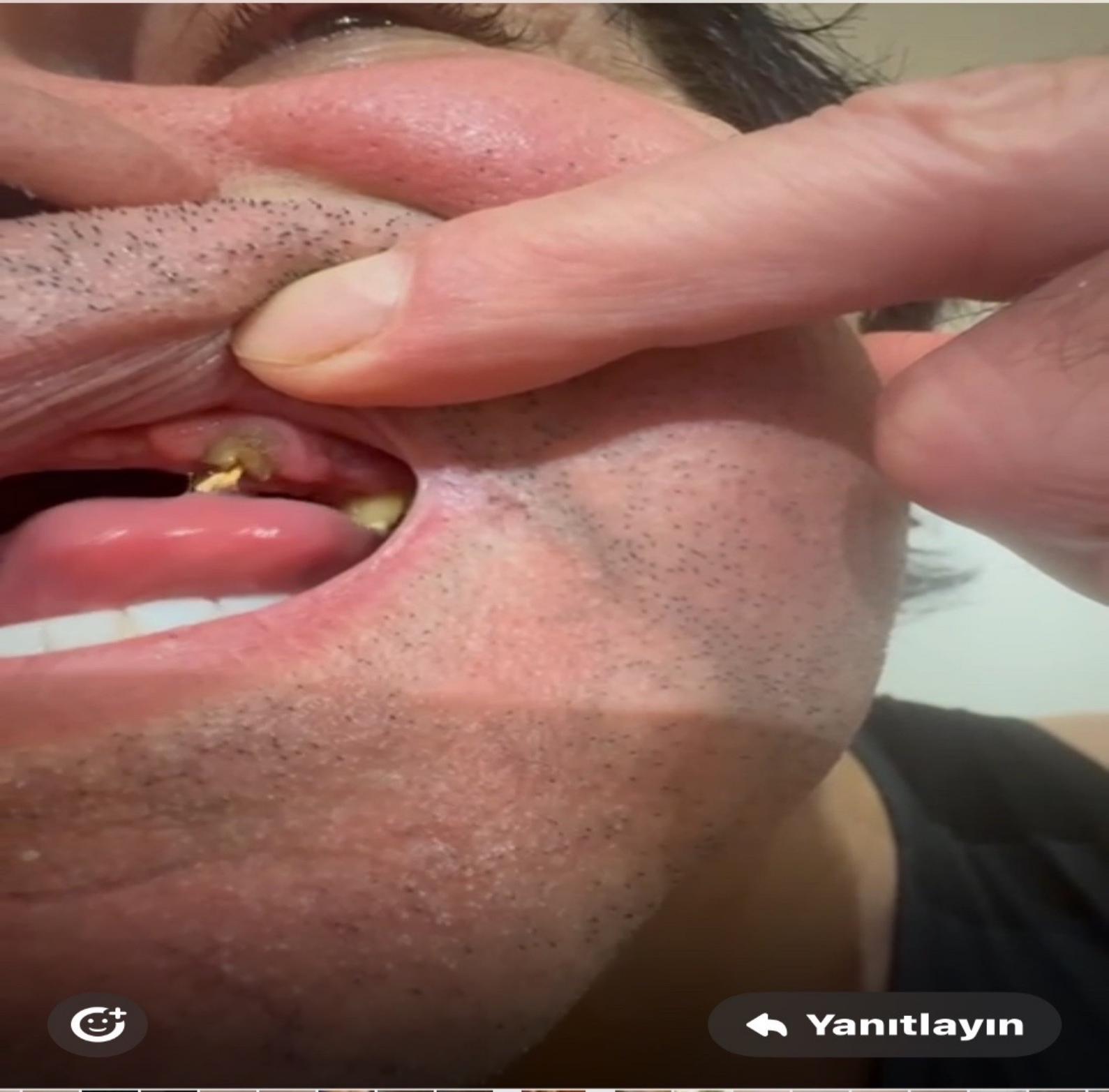

23:56
54
Siz
27.07.25 18:21
0:11
-1:36
1x
Yanıtlayın


Yanıtlayın

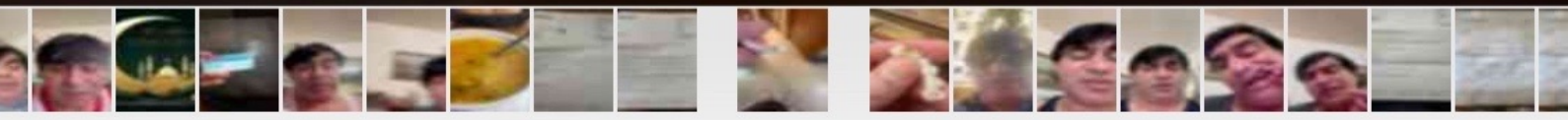

Yanıtlayın



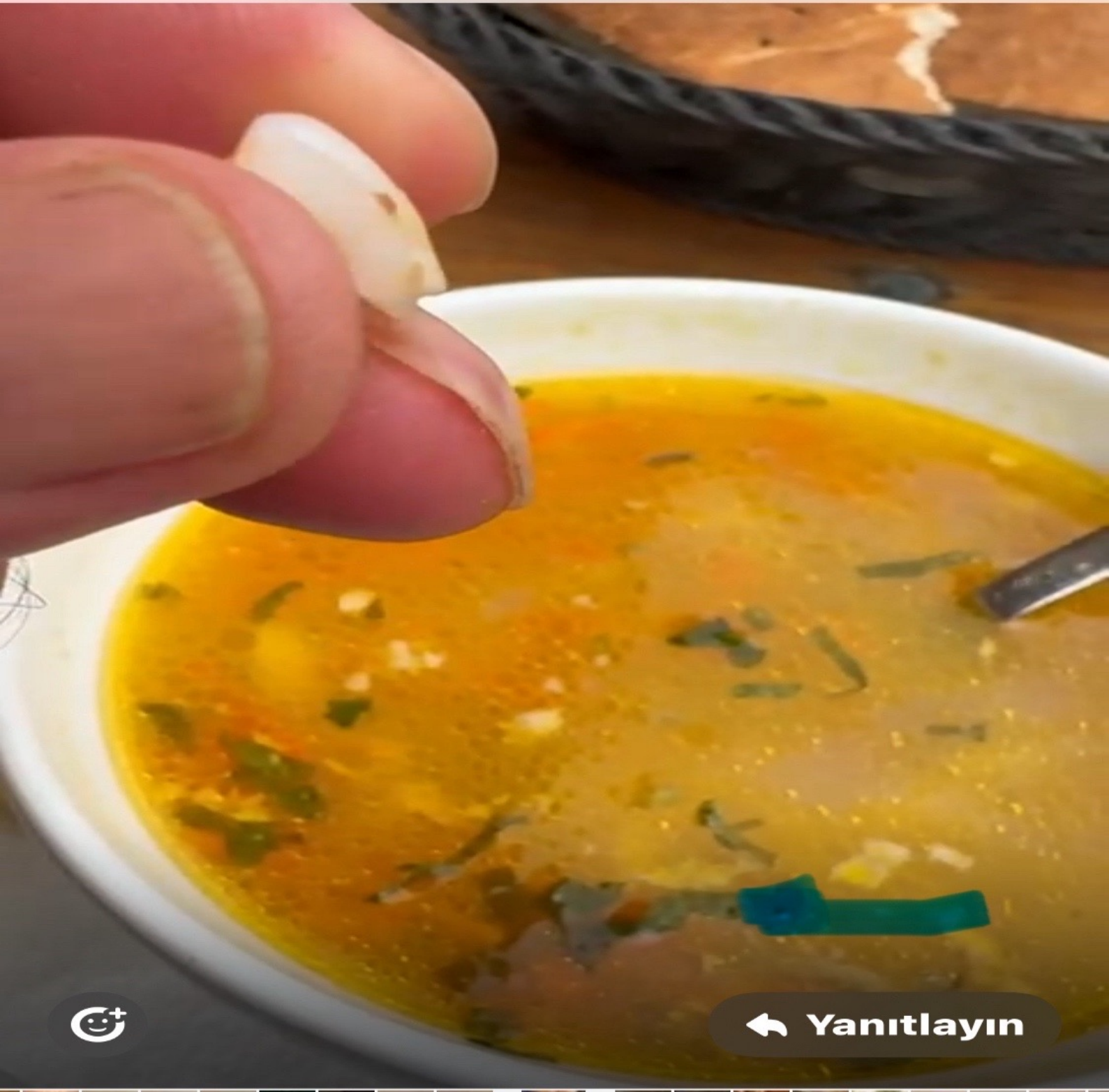
0:21 -1:25 1×

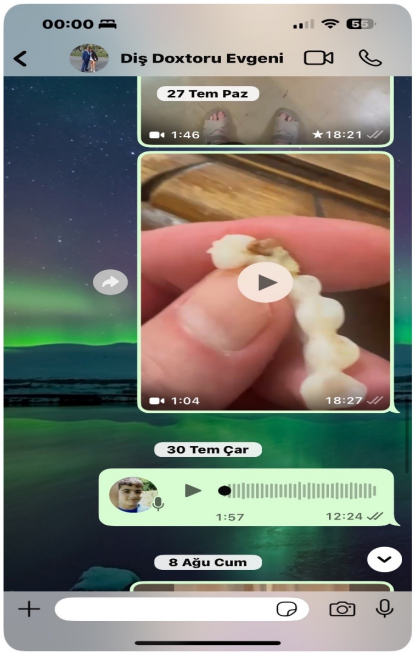



Yanıtlayın

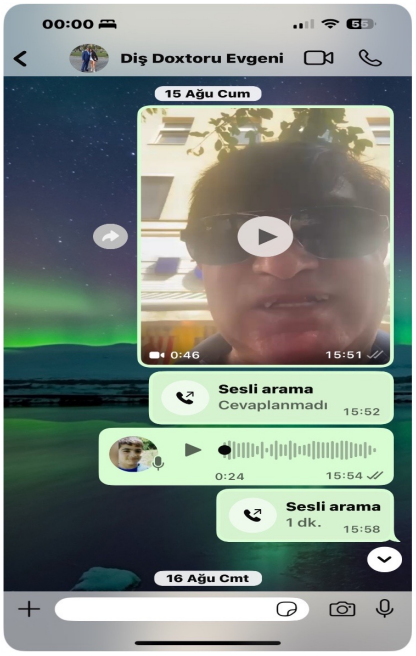


0:05 -0:06 1×

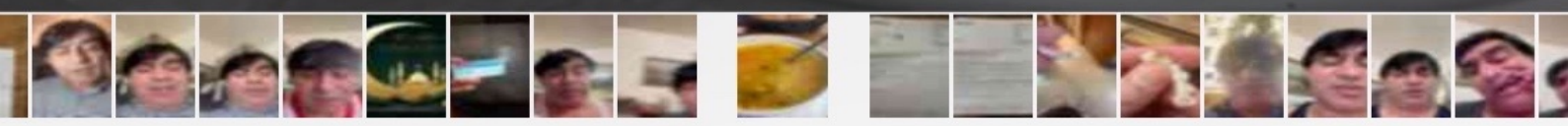



00:00
Diş Doxtoru Evgeni
27 Tem Paz
1:46
★18:21
1:04
18:27
30 Tem Çar
1:57
12:24
8 Ağu Cum


Yanıtlayın


00:00
Diş Doxtoru Evgeni
15 Ağu Cum
0:46
15:51
Sesli arama
Cevaplanmadı
15:52
0:24
15:54
Sesli arama
1 dk.
15:58
16 Ağu Cmt


Yanıtlayın



00:03

Siz
25.04.25 09:23

0:04 -5:58 1×



0:07 -5:55 1x



00:08

Siz
05.11.25 15:49

Ansprechperson
Nadja Tinz

Telefon (kostenfrei)
0800 265080-20640

Digitaler Kontakt
meine.aok.de

Datum
21.08.2025

Unser Zeichen (Bitte stets ang
K754413695 - LS/3/0

Herrn
Rustem Ismail
Wichmannstr. 9
10787 Berlin

Ihr Zahnersatz vom 20.08.2025
Zahnarzt: Herr Yevsey Ananyev, 10559 Berlin

Guten Tag, sehr geehrter Herr Ismail,

die bei Ihnen vorgesehene Versorgung mit Zahnersatz bedarf einer gutachterlichen Stellungnahme. Aus diesem Grund haben wir Ihren Leistungsantrag zur

Begutachtung an den

Medizinischer Dienst Berlin-Brandenburg

Lise-Meitner-Str. 1

10589 Berlin

weitergeleitet.

Der Medizinische Dienst wird sich mit Ihnen zur weiteren Vorgehensweise in Verbindung setzen

Notwendige Unterlagen, wie Röntgenbilder, Modelle, etc. sind von Ihnen zum Termin *mitzubringen.*

Wenn Sie Fragen haben, sprechen Sie uns bitte an.

Freundlich grüßt Sie

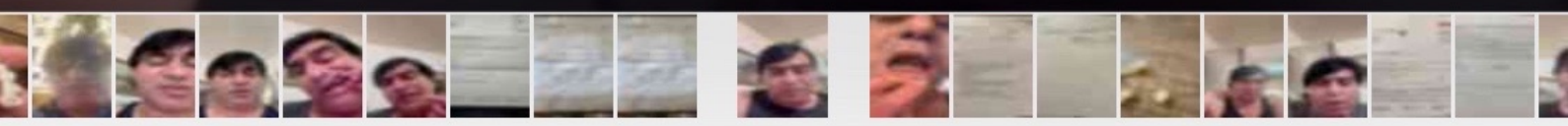
Ihre AOK Nordost – Die Gesundheitskasse

Yanıtlayın

0:02 -0:38 1×

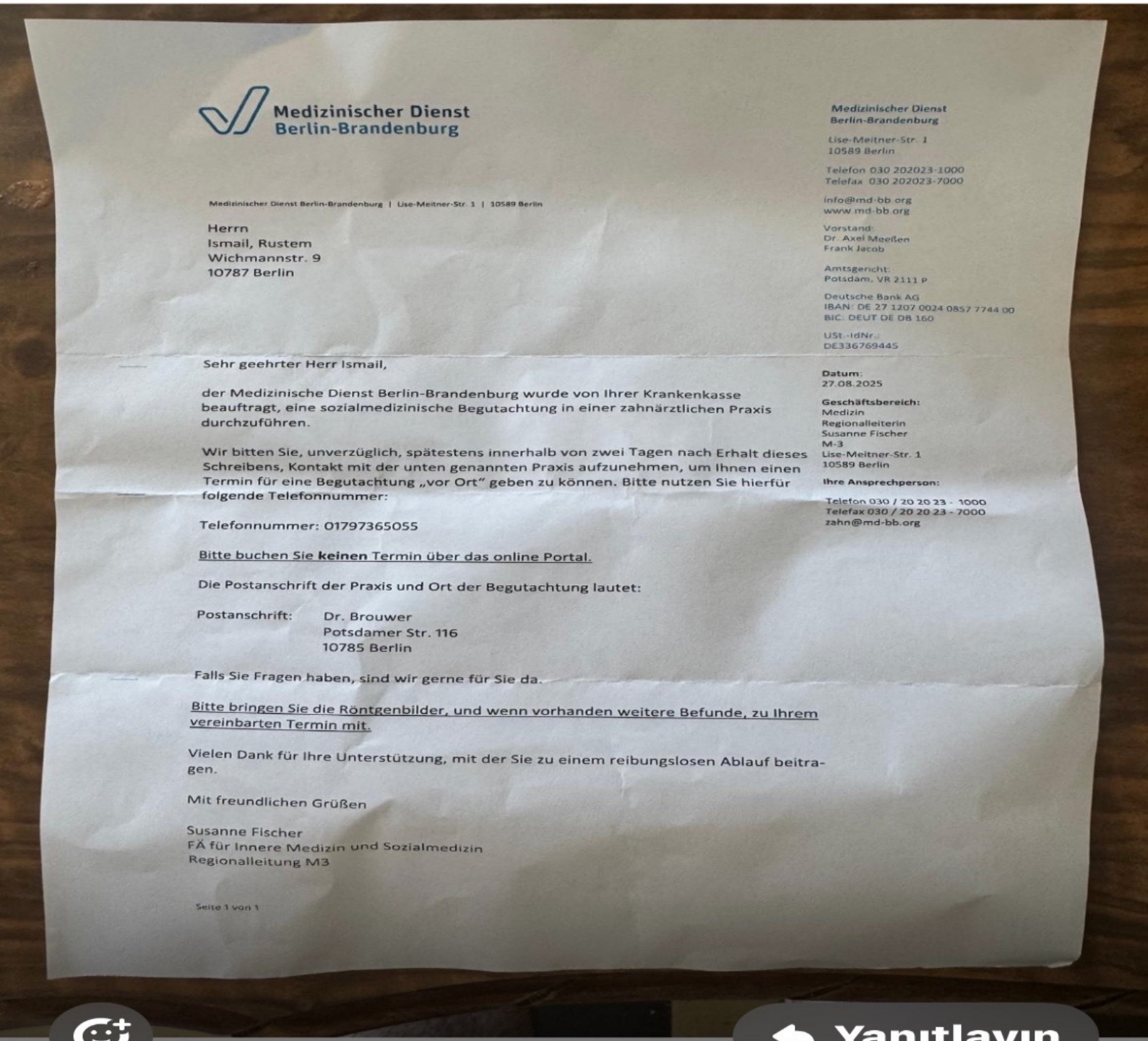



Yanıtlayın



00:06

Siz
10.10.25 10:24



Medizinischer Dienst
Berlin-Brandenburg

Medizinischer Dienst Berlin-Brandenburg | Lise-Meitner-Str. 1 | 10589 Berlin

Herrn
Ismail, Rustem
Wichmannstr. 9
10787 Berlin

Medizinischer Dienst
Berlin-Brandenburg

Lise-Meitner-Str. 1
10589 Berlin

Telefon 030 202023-1000
Telefax 030 202023-7000

info@md-bb.org
www.md-bb.org

Vorstand:
Dr. Axel Meeßen
Frank Jacob

Amtsgericht:
Potsdam, VR 2111 P

Deutsche Bank AG
IBAN: DE 27 1207 0024 0857 7744 00
BIC: DEUT DE DB 160

USt.-IdNr.:
DE336769445

Sehr geehrter Herr Ismail,

der Medizinische Dienst Berlin-Brandenburg wurde von Ihrer Krankenkasse beauftragt, eine sozialmedizinische Begutachtung in einer zahnärztlichen Praxis durchzuführen.

Wir bitten Sie, unverzüglich, spätestens innerhalb von zwei Tagen nach Erhalt dieses Schreibens, Kontakt mit der unten genannten Praxis aufzunehmen, um Ihnen einen Termin für eine Begutachtung „vor Ort" geben zu können. Bitte nutzen Sie hierfür folgende Telefonnummer:

Telefonnummer: 01797365055

Bitte buchen Sie **keinen** Termin über das online Portal.

Die Postanschrift der Praxis und Ort der Begutachtung lautet:

Postanschrift: Dr. Brouwer
Potsdamer Str. 116
10785 Berlin

Falls Sie Fragen haben, sind wir gerne für Sie da.

Bitte bringen Sie die Röntgenbilder, und wenn vorhanden weitere Befunde, zu Ihrem vereinbarten Termin mit.

Vielen Dank für Ihre Unterstützung, mit der Sie zu einem reibungslosen Ablauf beitragen.

Mit freundlichen Grüßen

Susanne Fischer
FÄ für Innere Medizin und Sozialmedizin
Regionalleitung M3

Seite 1 von 1

Datum:
27.08.2025

Geschäftsbereich:
Medizin
Regionalleiterin
Susanne Fischer
M-3
Lise-Meitner-Str. 1
10589 Berlin

Ihre Ansprechperson:

Telefon 030 / 20 20 23 - 1000
Telefax 030 / 20 20 23 - 7000
zahn@md-bb.org

Yanıtlayın

27 Kas Per 13:14

ERGO

ERGO Krankenversicherung AG · Karl-Martell-Straße 60 · 90344 Nürnberg

25 3C58 1151 77 A000 006B
DV 11.25 0,95 Deutsche Post

007VPT00006 *K4000*

Herrn
Rustam Ismail
Wichmannstr. 9
10787 Berlin

www.ergo.de
ergo.de/meineversicherungen
kundenservice.kranken@ergo.de
Tel 0800 / 444 1000
Fax 0911 / 148 1539

22. November 2025

Versicherungsschein-Nr.:
1021143790404

ZAHN-ERSATZ-SOFORT ZEZ
Versicherungs-Schein-Nummer: 1021143790404

Sehr geehrter Herr Ismail,

Sie haben eine gute Entscheidung für Ihre Absicherung getroffen. Leider war jedoch die Abbuchung zu Ihrem Vertrag trotz SEPA-Lastschriftmandat erfolglos.

Stimmt die Bankverbindung, die wir zu Ihrem Vertrag gespeichert haben?

IBAN DE59100500001410291207 und BIC BELADEBEXXX.
Wenn sich ein Fehler eingeschlichen hat, geben Sie uns einfach kurz Bescheid. Dann können Sie Ihre Beiträge wieder bequem von uns abbuchen lassen.

Nach unseren Unterlagen liegt folgender Rückstand vor:

Versicherte Person: Ismail Rustam

01.11.2025	ZAHN-ERSATZ-SOFORT ZEZ	37,80 EUR
Gesamt Rückstand:		37,80 EUR

Wenn Sie den Betrag inzwischen bezahlt haben, hat sich dieses Schreiben erledigt.

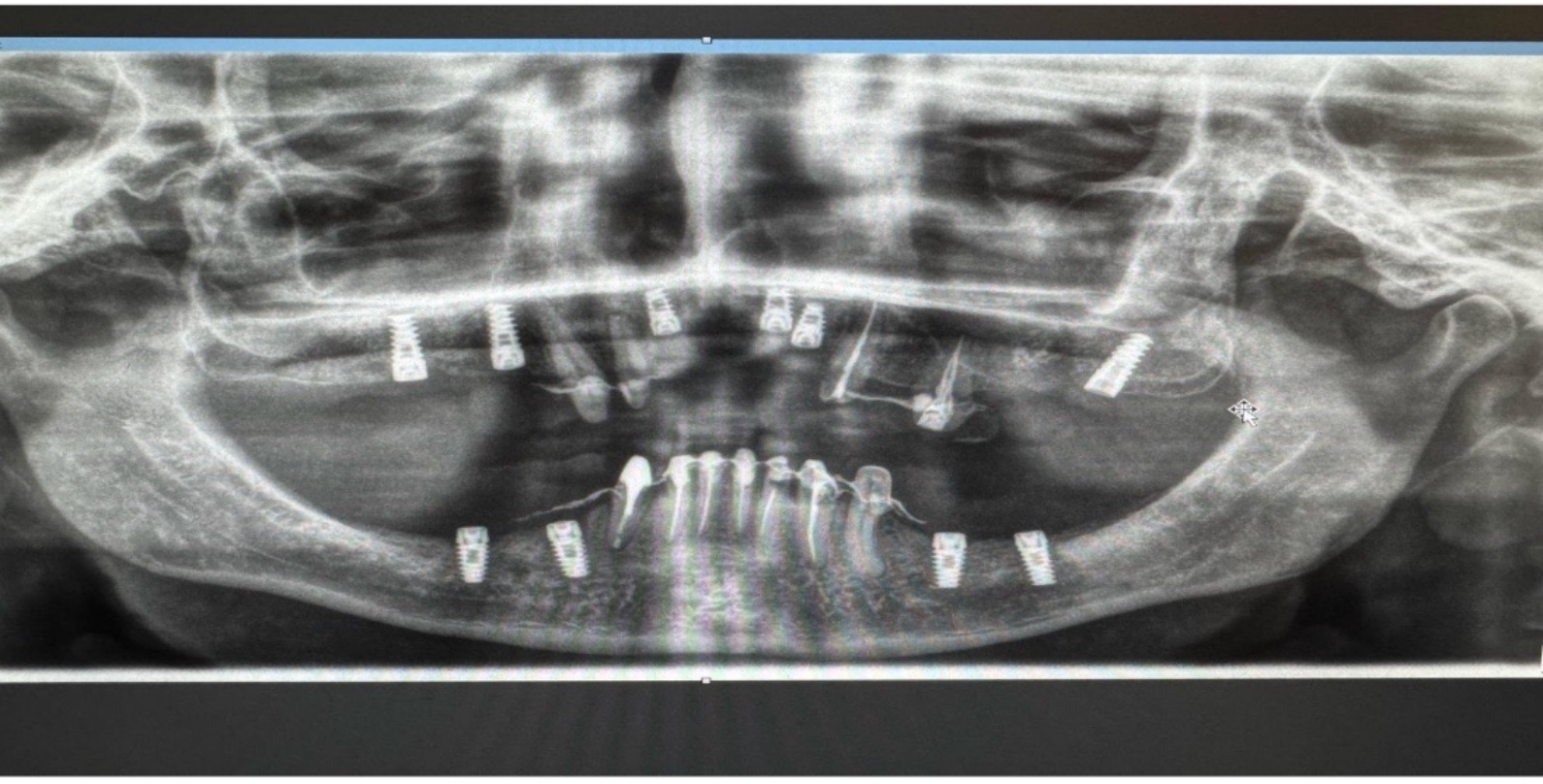
Falls noch nicht, überweisen Sie bitte den oben genannten Betrag innerhalb der nächsten zwei Wochen nach Erhalt dieses Schreibens.

Sie sind uns als Kunde sehr wichtig. Deshalb möchten wir Ihnen sagen, dass Sie entscheidende Vorteile bei Ihrer privaten Vorsorge verlieren, wenn Sie die Beiträge nicht rechtzeitig zahlen. **Denken Sie bitte auch daran, dass Sie den Tarif ZEZ nicht noch einmal abschließen können.**

Es ist bestimmt wichtig für Sie zu wissen, dass Sie in den ersten Jahren Leistungs-Begrenzungen haben, wenn Sie eine andere Zahnersatz-Versicherung abschließen. Die Veränderungen an Ihrem Gebiss können den Umfang des Versicherungs-Schutzes noch weiter einschränken.

Zur Überweisung des Gesamtrückstandes ist ein Zahlschein beigelegt. Falls Sie diesen nicht nutzen, geben Sie bitte bei Ihrer Überweisung im Verwendungszweck Ihre Versicherungs-Nummer 1021143790404 an.

16:08 ✓✓
1051NKMER



Yanıtlayın



11:28

7 Dima Sosed Diş Dok...





Добрый день, завтра приходи что-то будем думать 18:31

Спасибо 18:45

30 Tem Çar

ERGO

ERGO Krankenversicherung AG · Karl-Martell-Straße 60 · 90344 Nürnberg

28 3C58 1151 77 A000 0088
DV 11.25 0,85 Deutsche Post

"007VPT000006" "R40000"

Herrn
Rustam Ismail
Wichmannstr. 9
10787 Berlin

www.ergo.de
ergo.de/meineversicherungen
kundenservice.kranken@ergo.de
Tel 0800 / 444 1000
Fax 0911 / 148 1539

22. November 2025

Versicherungsschein-Nr.:
1021143790404

ZAHN-ERSATZ-SOFORT ZEZ
Versicherungs-Schein-Nummer: 1021143790404

Sehr geehrter Herr Ismail,

Sie haben eine gute Entscheidung für Ihre Absicherung getroffen. Leider war jedoch die Abbuchung zu Ihrem Vertrag trotz SEPA-Lastschriftmandat erfolglos.

Stimmt die Bankverbindung, die wir zu Ihrem Vertrag gespeichert haben?

IBAN DE59100500001410291207 und BIC BELADEBEXXX.
Wenn sich ein Fehler eingeschlichen hat, geben Sie uns einfach kurz Bescheid. Dann können Sie Ihre Beiträge wieder bequem von uns abbuchen lassen.

Nach unseren Unterlagen liegt folgender Rückstand vor:

Versicherte Person: Ismail Rustam

01.11.2025	ZAHN-ERSATZ-SOFORT ZEZ	37,80 EUR
Gesamt Rückstand:		37,80 EUR

Wenn Sie den Betrag inzwischen bezahlt haben, hat sich dieses Schreiben erledigt.

Falls noch nicht, überweisen Sie bitte den oben genannten Betrag innerhalb der nächsten zwei Wochen nach Erhalt dieses Schreibens.

Sie sind uns als Kunde sehr wichtig. Deshalb möchten wir Ihnen sagen, dass Sie entscheidende Vorteile bei Ihrer privaten Vorsorge verlieren, wenn Sie die Beiträge nicht rechtzeitig zahlen. **Denken Sie bitte auch daran, dass Sie den Tarif ZEZ nicht noch einmal abschließen können.**

Es ist bestimmt wichtig für Sie zu wissen, dass Sie in den ersten Jahren Leistungs-Begrenzungen haben, wenn Sie eine andere Zahnersatz-Versicherung abschließen. Die Veränderungen an Ihrem Gebiss können den Umfang des Versicherungs-Schutzes noch weiter einschränken.

Zur Überweisung des Gesamtrückstandes ist ein Zahlschein beigelegt. Falls Sie diesen nicht nutzen, geben Sie bitte bei Ihrer Überweisung im Verwendungszweck Ihre Versicherungs-Nummer 1021143790404 an.

ERGO Krankenversicherung AG
Vorsitzende des Aufsichtsrats: Anja Benner
Vorstand: Frauke Fiegl (Vorsitzende)
Nina Henschel, Christoph Klawunn, Christine Voß
Sitz: Fürth, Amtsgericht Fürth HRB 4694
UST-ID-Nr. DE159593446

Hausanschrift:
ERGO Krankenversicherung AG
Karl-Martell-Straße 60 · 90344 Nürnberg

Internet:
www.ergo.de

Bankverbindung:
UniCredit Bank AG - HypoVereinsbank
IBAN DE33 7002 0270 0053 7363 24
BIC HYVEDEMMXXX

16:08
1051NKMER

11/22/2025 21:05:38/1513480496/Block 3782/0319/52 ID 53 D - TS/NBM04

Bitte beachten Sie: Wenn Sie den Beitrags-Rückstand beglichen haben, funktioniert das Lastschrift-Einzugsverfahren nicht automatisch wieder. Um nicht jeden Beitrag einzeln überweisen zu müssen, erteilen Sie uns am besten ein neues SEPA-Lastschriftmandat. Dieses finden Sie auf dem beigefügten Formular – einfach ausfüllen, abtrennen und an uns zurücksenden.

Bitte melden Sie sich bei uns, falls Sie den rückständigen Betrag aus finanziellen Gründen nicht aufbringen können. Wir werden dann gemeinsam eine Lösung finden.

Sollten Sie den offenen Beitrag zu Ihrer Versicherung nicht überweisen können, so bieten wir Ihnen jetzt auch die Möglichkeit, diesen anonym bar zu bezahlen.

Dafür nehmen Sie den beigefügten Zahlschein mit dem Barcode oben rechts mit zu jedem beliebigen REWE, dm, Penny, real, Deutsche Telekom, Mobilcom-Debitel oder Budni.

An der Kasse wird der Barcode gescannt und Sie können den offenen Betrag mit Bargeld entrichten. Direkt nach der Zahlung werden wir über diese informiert und Sie erhalten einen Kassenbon. Wichtig: Der Kassierer weiß nicht, für was sie die Zahlung leisten; Sie selbst bleiben völlig anonym.

Die nächstgelegenen drei Filialen der o.g. Unternehmen finden Sie ebenfalls auf dem Zahlschein anbei. Sie können aber auch zu jedem anderen REWE, dm, Penny oder real usw. gehen, der dort nicht aufgedruckt ist.

Uns interessiert auch sehr, wie zufrieden Sie mit uns sind. Deshalb sind wir für jede Rückmeldung dankbar, die es uns ermöglicht, uns noch weiter zu verbessern. Denn Kundenzufriedenheit steht bei uns an erster Stelle.

Sie haben Fragen, Wünsche oder allgemeinen Beratungsbedarf? Rufen Sie uns einfach an. Wir kümmern uns persönlich und direkt am Telefon um Ihre Anliegen. Unter 0800 / 444 1000 sind wir gern für Sie da. Täglich von 7.00 – 24.00 Uhr – gebührenfrei.

Freundliche Grüße

Christoph Klawunn

ppa. Wolfgang Adamiok

Bitte beachten Sie: Wenn Sie den Beitrags-Rückstand beglichen haben, funktioniert das Lastschrift-Einzugsverfahren nicht automatisch wieder. Um nicht jeden Beitrag einzeln überweisen zu müssen, erteilen Sie uns am besten ein neues SEPA-Lastschriftmandat. Dieses finden Sie auf dem beigefügten Formular – einfach ausfüllen, abtrennen und an uns zurücksenden.

Bitte melden Sie sich bei uns, falls Sie den rückständigen Betrag aus finanziellen Gründen nicht aufbringen können. Wir werden dann gemeinsam eine Lösung finden.

Sollten Sie den offenen Beitrag zu Ihrer Versicherung nicht überweisen können, so bieten wir Ihnen jetzt auch die Möglichkeit, diesen anonym bar zu bezahlen.

Dafür nehmen Sie den beigefügten Zahlschein mit dem Barcode oben rechts mit zu jedem beliebigen REWE, dm, Penny, real, Deutsche Telekom, Mobilcom-Debitel oder Budni.

An der Kasse wird der Barcode gescannt und Sie können den offenen Betrag mit Bargeld entrichten. Direkt nach der Zahlung werden wir über diese informiert und Sie erhalten einen Kassenbon. Wichtig: Der Kassierer weiß nicht, für was sie die Zahlung leisten; Sie selbst bleiben völlig anonym.

Die nächstgelegenen drei Filialen der o.g. Unternehmen finden Sie ebenfalls auf dem Zahlschein anbei. Sie können aber auch zu jedem anderen REWE, dm, Penny oder real usw. gehen, der dort nicht aufgedruckt ist.

Uns interessiert auch sehr, wie zufrieden Sie mit uns sind. Deshalb sind wir für jede Rückmeldung dankbar, die es uns ermöglicht, uns noch weiter zu verbessern. Denn Kundenzufriedenheit steht bei uns an erster Stelle.

Sie haben Fragen, Wünsche oder allgemeinen Beratungsbedarf? Rufen Sie uns einfach an. Wir kümmern uns persönlich und direkt am Telefon um Ihre Anliegen. Unter 0800 / 444 1000 sind wir gern für Sie da. Täglich von 7.00 - 24.00 Uhr - gebührenfrei.

Freundliche Grüße

Christoph Klawunn

ppa. Wolfgang Adamiok

Yanıtlayın