

HERZLICH WILLKOMMEN

in der Fachpraxis für Kieferorthopädie Dr. Schneider & Collegen! Wir möchten uns mit Ihnen in Ruhe über Ihre kieferorthopädischen Wünsche unterhalten und Sie umfassend beraten. Dazu benötigen wir für den Beratungstermin neben Ihren Personalien auch medizinische Auskünfte. Wir nehmen Ihre Angaben selbstverständlich diskret entgegen.

WIRD VON DER PRAXIS AUSGEFÜLLT

Pat.-Nr.:

Recall: ja nein

nach Monaten

Arzt:

Arztbr.: ja nein

Ass.:

PATIENT

Name: _____

PLZ/Ort: _____

Vorname: _____

Tel.Nr.: _____

Geburtsdatum: _____

Mobil: _____

Straße, Nr.: _____

Krankenkasse: _____

E-Mail: _____

Beruf: _____

Arbeitgeber: _____

Tel.gesch.: _____

VERSICHERUNGSART

gesetzl. versichert freiwillig versichert

privat voll-versichert Beihilfe

Basistarif einer privaten Versicherung

Zusatzversicherung für Kieferorthopädie

WIE SIND SIE AUF UNSERE PRAXIS AUFMERKSAM GEWORDEN?

Empfehlung von: Bekannte / Verwandte: _____ Arzt / Zahnarzt: _____
Name Name

Werbung (Anzeige, Tagespresse/Fachzeitschrift etc.)

zus. informiert auf www.dr-bernd-schneider.de

Internet:

Google

Sonstiges: _____

Arzt- oder Gesundheitsportale, welche? _____

Patientenbogen für ERWACHSENE

ÄRZTLICHE BEHANDLUNG

Stehen Sie zurzeit in ärztlicher Behandlung? ja nein

Wenn ja, wegen welcher Erkrankung? _____

Wer ist Ihr Hausarzt? (Name, Adresse und Telefonnummer) _____

Wer ist Ihr Zahnarzt? (Name, Adresse und Telefonnummer) _____

Ich bin damit einverstanden, dass mein behandelnder Zahnarzt über die geplanten kieferorthopädischen Maßnahmen und den Verlauf der Behandlung informiert wird. ja nein

Bestehen allgemeinmedizinische Erkrankungen (z.B. Herz-, Kreislauferkrankungen, Gerinnungsstörungen, Diabetes oder andere Erkrankungen) oder Infektionskrankheiten (z.B. Hepatitis)? ja nein

Wenn ja, welche? _____

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? ja nein

Wenn ja, welche und wozu? _____

Bestehen Allergien, Unverträglichkeiten oder der Verdacht einer Überempfindlichkeit gegen Materialien oder Medikamente? ja nein

Wenn ja, welche? _____

Besitzen Sie einen Allergiepass? ja nein

FRAGEN ZUR RÖNTGENUNTERSUCHUNG

Wurden Sie im letzten Jahr im Kopf-, Kiefer- oder Zahnbereich geröntgt? ja nein

Wenn ja, welches Körperteil? _____

Hinweis: Unsere modernen Geräte gewährleisten eine möglichst geringe Strahlendosis.

Bei Frauen: Besteht derzeit eine Schwangerschaft? ja nein

FRAGEN AUS KIEFERORTHOPÄDISCHEN GRÜNDEN

Wurde schon einmal kieferorthopädisch behandelt oder beraten? ja nein

Wenn ja, bei welchem Arzt? _____

Wurde die Behandlung abgebrochen? ja nein

Bestehen Kiefergelenksbeschwerden oder -knacken? ja nein

Bestehen häufig Kopfschmerzen, Schmerzen im Gesichtsbereich oder beim Kauen? ja nein

Welche? _____

Besteht oder bestand Zähneknirschen oder Zähnepressen? ja nein

Gab es Unfälle mit Beteiligung der Zähne oder des Kiefers? ja nein

Wenn ja, welche? _____

Besteht Mundatmung oder häufige Erkältung oder Schnarchen? ja nein

Was? _____

Waren Sie bereits in Behandlung eines Hals-Nasen-Ohrenarztes? ja nein

Wenn ja, was wurde gemacht? Mandeln wurden entfernt Polypen wurden entfernt

Sonstiges: _____

Bestand oder besteht Zungenpressen, Lippenbeißen, Nägelkauen, Bleistiftkauen? ja nein

Bis wann? _____

Liegen ähnliche Fehlstellungen in der Familie vor? ja nein

Welche und bei wem? _____

Gibt es Nichtanlagen von Zähnen in der Familie? ja nein

Welche und bei wem? _____

Besteht ein Sprachfehler (z.B. Lispeln) oder wurde bereits eine logopädische Behandlung durchgeführt? ja nein

Wenn ja, wann? _____

MUNDHYGIENE

Wie oft putzen Sie Ihre Zähne? _____ mal täglich

Gehen Sie zu regelmäßigen Kontrollen zum Zahnarzt? ja nein

Gehen Sie regelmäßig zur Professionellen Zahnreinigung? ja nein

HELFEN SIE UNS SIE BESSER KENNEN ZU LERNEN

Warum sind Sie zu uns gekommen und was können wir für Sie tun?

VIELEN DANK FÜR IHRE MITHILFE.

WIR WERDEN UNS BEMÜHEN IHREN AUFENTHALT BEI UNS SO ANGENEHM WIE MÖGLICH ZU GESTALTEN.

Diese Angaben sind für eine vertrauensvolle Zusammenarbeit wie auch eine sachgerechte medizinische Behandlung erforderlich. Ihre Angaben werden streng vertraulich behandelt. Sie unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht gemäß § 203 des Strafgesetzbuches sowie den strengen Bestimmungen des Datenschutzgesetzes. Nur im Rahmen der Zusammenarbeit mit einer Abrechnungsgesellschaft werden abrechnungsspezifische Daten an diese weitergegeben.

Moderne Kieferorthopädie bedarf, wie alle medizinischen Bereiche, der Teamarbeit. Daher werden Teilleistungen auch von aus- und fortgebildeten Zahnarzhelferinnen nach vorheriger individueller Anordnung durch den Kieferorthopäden und unter dessen Aufsicht, Überwachung und Kontrolle erbracht. Wir möchten Sie bitten, vorhandene Röntgenaufnahmen des Kieferbereichs mitzubringen.

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

PATIENT/IN

<input type="text"/>		
Name	Vorname	Geb. Datum
<input type="text"/>		
Straße, Hausnummer		
<input type="text"/>		
PLZ, Ort	Telefon	

1. EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

Ich erkläre mich im Rahmen des bestehenden Behandlungsverhältnisses ausdrücklich einverstanden mit der

- Weitergabe der zum Zwecke der Abrechnung und Geltendmachung jeweils erforderlichen Informationen, insbesondere von Daten aus der Patientenakte (Name, Geburtsdatum, Anschrift, Befunde, Behandlungsdaten und -verläufe), auch in elektronischer Form, an die ABZ Abrechnungs- und Beratungsgesellschaft für Zahnärzte eG, Kafflerstraße 6, 81241 München.
- Abtretung der sich aus der Behandlung ergebenden Forderungen an die ABZ eG
- Weiterabtretung der Forderungen durch die ABZ eG an die refinanzierende Bank, Deutsche Apotheker- und Ärztebank eG, Richard-Oskar-Mattern-Straße 6, 40547 Düsseldorf.
- Ich sichere zu, dass ich eventuelle Adressänderungen während des Behandlungsverhältnisses sofort meinem Kieferorthopäden und der ABZ eG schriftlich mitteile.

Ich entbinde die Mitglieder der nachgenannten kieferorthopädischen Praxis von der ärztlichen Schweigepflicht, soweit dies für die Abrechnung und Geltendmachung der Forderungen erforderlich ist. Eine Mehrfertigung dieser Einverständniserklärung habe ich erhalten.

Ich willige darüber hinaus ein, dass die ABZ eG bei der SCHUFA Holding AG, Kormoranweg 5, 65201 Wiesbaden, eine Bonitätsauskunft zu meiner Person einholt. Unabhängig davon wird die ABZ eG der SCHUFA auch Daten über ihre gegen mich bestehenden fälligen Forderungen (Forderungsbetrag nach Titulierung) übermitteln. Dies ist nach dem Bundesdatenschutzgesetz (§ 28a Absatz 1 Satz 1) zulässig, wenn ich die geschuldete Leistung trotz Fälligkeit nicht erbracht habe, die Übermittlung zur Wahrung berechtigter Interessen der ABZ eG oder Dritter erforderlich ist und die Forderung vollstreckbar ist oder ich die Forderung ausdrücklich anerkannt habe.

Darüber hinaus wird die ABZ eG der SCHUFA auch Daten über sonstiges nichtvertragsgemäßes Verhalten (z.B. betrügerisches Verhalten) übermitteln. Diese Meldungen dürfen nach dem Bundesdatenschutzgesetz (§ 28 Absatz 2) nur erfolgen, soweit dies zur Wahrung berechtigter Interessen der ABZ eG oder Dritter erforderlich ist und kein Grund zu der Annahme besteht, dass das schutzwürdige Interesse des Betroffenen an dem Ausschluss der Übermittlung überwiegt. Soweit hiernach eine Übermittlung erfolgen kann, entbinde ich sowohl den behandelnden Zahnarzt/Kieferorthopäden als auch die ABZ eG zugleich von der jeweiligen beruflichen Schweigepflicht.

Die SCHUFA speichert und nutzt die erhaltenen Daten. Die Nutzung umfasst auch die Errechnung eines Wahrscheinlichkeitswertes auf Grundlage des SCHUFA-Datenbestandes zur Beurteilung des Kreditrisikos (Score). Die erhaltenen Daten übermittelt sie an ihre Vertragspartner im Europäischen Wirtschaftsraum und der Schweiz, um diesen Informationen zur Beurteilung der Kreditwürdigkeit von natürlichen Personen zu geben. Vertragspartner der SCHUFA sind Unternehmen, die aufgrund von Leistungen oder Lieferung finanzielle Ausfallrisiken tragen (insbesondere Kreditinstitute sowie Kreditkarten und Leasinggesellschaften, aber auch etwa Vermietungs-, Handels-, Telekommunikations-, Energieversorgungs-, Versicherungs- und Inkassounternehmen).

Die SCHUFA stellt personenbezogene Daten nur zur Verfügung, wenn ein berechtigtes Interesse hieran im Einzelfall glaubhaft dargelegt wurde und die Übermittlung nach Abwägung aller Interessen zulässig ist. Daher kann der Umfang der jeweils zur Verfügung gestellten Daten nach Art der Vertragspartner unterschiedlich sein. Darüber hinaus nutzt die SCHUFA die Daten zur Prüfung der Identität und des Alters von Personen auf Anfrage ihrer Vertragspartner, die beispielsweise Dienstleistungen im Internet anbieten. Ich kann Auskunft bei der SCHUFA über die mich betreffenden gespeicherten Daten erhalten. Weitere Informationen über das SCHUFA-Auskunfts- und -Score-Verfahren sind unter www.meineschufa.de abrufbar. Die postalische Adresse der SCHUFA lautet: SCHUFA Holding AG, Privatkunden Servicecenter, Postfach 103441, 50474 Köln.

Ort, Datum

Unterschrift

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben.

Ort, Datum

Unterschrift Patient bzw. gesetzlicher Vertreter