

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: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Straße, Nr.: _____

PLZ/Ort: _____

Krankenkasse: _____

VERSICHERTER / ERZIEHUNGSBERECHTIGTER

Name: _____

Name: _____

Vorname: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Geburtsdatum: _____

Straße: _____

Straße: _____

PLZ/Ort: _____

PLZ/Ort: _____

Tel. privat: _____

Tel. privat: _____

Mobil: _____

Mobil: _____

E-Mail privat: _____

E-Mail privat: _____

Beruf: _____

Beruf: _____

Arbeitgeber: _____

Arbeitgeber: _____

Tel. gesch.: _____

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

KINDER

ÄRZTLICHE BEHANDLUNG

Steht Ihr Kind 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? _____

Nimmt Ihr Kind 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? _____

Besitzt Ihr Kind einen Allergiepass? ja nein

FRAGEN ZUR RÖNTGENUNTERSUCHUNG

Wurde Ihr Kind 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 Mädchen: 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? _____

- War Ihr Kind bereits in Behandlung bei einem Hals-Nasen-Ohrenarzt? 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? _____
- Waren oder sind Geschwister in kieferorthopädische Behandlung? ja nein
- Bei welchem Arzt? _____
- 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? _____
- Wann kamen die ersten Milchzähne? vor dem 7. Mon. 7–8. Mon. nach dem 8. Mon.
- Besteht ein Sprachfehler (z.B. Lispeln) oder wurde bereits eine logopädische Behandlung durchgeführt? ja nein
- Wenn ja, wann? _____
- Bestand oder besteht Daumenlutschen oder wurde/wird noch ein Schnuller genommen? ja nein
- Wenn ja bis wann? _____

MUNDHYGIENE

- Wie oft putzt Ihr Kind seine Zähne? _____ mal täglich
- Geht Ihr Kind zu regelmäßiger Kontrolle zu seinem Zahnarzt? ja nein
- Geht Ihr Kind 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 Zahnarztshelferinnen 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 UND SCHULDBEITRITT

PATIENT/IN

Name

Vorname

Geb. Datum

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Telefon

GESETZLICH VERTRETEN DURCH (VERTRETER/GESETZLICHER VERTRETER)

Name

Vorname

Geb. Datum

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Telefon

Stellung zum Patienten: Vater Mutter oder:

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 Patientenkartei (Name, Geburtsdatum, Anschrift, Befunde, Behandlungsdaten und -verläufe), auch in elektronischer Form, an die ABZ Abrechnungs- und Beratungsgesellschaft für Zahnärzte eG, Kaflerstraße 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.

Ort, Datum

Unterschrift Patient bzw. gesetzlicher Vertreter

2. SCHULDBEITRITT

Ich habe die Personen- und Vermögenssorge über den minderjährigen Patienten/in. Ich wurde über den Umfang der Behandlungsmaßnahmen und deren geschätzte Kosten informiert. Ich erkläre mich bereit, die bestehenden und entstehenden Behandlungskosten zu bezahlen (Schuldnerkenntnis und Schuldbeitritt), auch über den Zeitpunkt der Volljährigkeit des/der Vertretenen hinaus, sodass eine Gesamtschuldnerschaft besteht.

Ort, Datum

Unterschrift gesetzlicher Vertreter

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

Ort, Datum

Unterschrift Patient bzw. gesetzlicher Vertreter