

Kieferorthopädie Edelweiss

Unser Team heißt Sie herzlich Willkommen in unsere Praxis.
Für eine risikofreie Behandlung ist die gewissenhafte Beantwortung zu
Ihrem allgemeinen Gesundheitszustand von großer Bedeutung.
Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.
Wir bedanken uns recht herzlich für Ihre Mitarbeit.



Patienteninformationen

Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum _____

Versicherte Person

Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum _____

Straße, Hausnr.: _____ PLZ, Ort _____

Telefon: _____ Mobil: _____

E-Mail: _____

Wie sind sie auf die Praxis aufmerksam geworden: Empfehlung Doctolib Internet Praxisintern
Sonstiges _____

Krankenversicherung (Name der Krankenkasse): _____

Haben Sie für ihr Kind eine Zusatzversicherung abgeschlossen? Ja Nein
Sind Sie Beihilfeberechtigt? Ja Nein
Wer ist ihr behandelnder Zahnarzt? _____

Ist/war ihre Kind in ärztlicher Behandlung? Ja Nein
Falls ja, weshalb? _____

Liegt bei Ihrem Kind eine Allergie vor? Ja Nein
Falls ja, gegen welche Stoffe? _____
Falls ja, liegt ein Allergiepass vor? _____

Leidet Ihr Kind unter einer/mehreren der folgenden, schwerwiegenden Erkrankungen?

Herz-Kreislauf-Erkrankung	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Asthma	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Rheumatoide	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Arthritis	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Blutgerinnungsstörung	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Epilepsie	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Migräne	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Spannungskopfschmerz	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Sonstige: _____		

Leidet ihr Kind unter folgenden Infektionserkrankungen?

HIV	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Tuberkulose	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Hepatitis	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Sonstige: _____		

Leidet ihr Kind unter einer psychischen Erkrankung? Ja Nein
Falls ja, unter welcher? _____

Nimmt ihr Kind regelmäßig Medikamente ein? Ja Nein
Falls ja, welche? _____

Wurde bei Ihrem Kind in der Vergangenheit Operationen durchgeführt? Ja Nein
Falls ja, welche? _____

Hatten Ihr Kind Verletzungen, Unfälle oder Operationen im Kopf- Hals- und/oder Gesichtsbereich? Ja Nein
Falls ja, welche Art und wann? _____

Wurden bei Ihrem Kind in der Vergangenheit Mandeln/Polypen entfernt? Ja Nein

Falls ja, wann? _____

Zahnärztliche Anamnese

Bestehen bei anderen Familienmitgliedern Zahn- und oder Kieferfehlstellungen? Ja Nein
Falls ja, welche? _____

Waren Ihr Kind in der Vergangenheit bereits in kieferorthopädischer Behandlung? Ja Nein
Falls ja, wann und bei wem? _____

Haben Sie weitere in kieferorthopädischer Behandlung? Ja Nein
Falls ja, seit wann und bei wem? _____

Hat Ihr Kind Beschwerden beim Kauen? Ja Nein

Hat Ihr Kind Beschwerden im Kiefergelenk? Ja Nein
Falls ja, welche? _____

Hat ihr Kind Schmerzen / Knacken / Reibegeräusche im Kiefergelenk? Ja Nein
Sonstige Beschwerden? _____

Gewohnheiten

Knirscht Ihr Kind mit den Zähnen? Ja Nein
Beißt Ihr Kind sich häufig auf die Lippen/Wangen/Zunge? Ja Nein
Lutscht Ihr Kind am Daumen/Finger/Schnuller oder hat schon einmal gelutscht? Ja Nein
Falls ja, welche? _____

Hat ihr Kind weitere Gewohnheiten betreffend den Mund-Kiefer und/oder Gesichtsbereich? Ja Nein
Falls ja, welche? _____

Atmung und Sprache

Hat Ihr Kind Probleme beim Atmen? Ja Nein
Falls ja, welche? _____
Falls Ja, haben Sie einen HNO-Arzt Konsultiert? Ja Nein
Atmt ihr Kind vermehrt durch den Mund? Ja Nein
Schnarcht Ihr Kind Sie nachts? Ja Nein
Leidet Ihr Kind unter einer Sprachstörung (bspw. Lispeln?) Ja Nein
Falls ja, unter welcher? _____
Falls ja, war Ihr Kind bereits in logopädischer Behandlung? _____

Sonstiges:

Wurde Ihr Kind in den letzten 12 Monaten im Mund- und/oder Gesichtsbereich geröntgt? Ja Nein
Falls ja, welche Körperregion und wann? _____

Unsere Praxis wird nach dem Bestellsystem geführt. Das bedeutet für Sie in der Regel nur geringe Wartezeiten. Um diese einzuhalten, benötigen wir Ihre Mithilfe. Bitte sagen Sie Ihren Termin spätestens 24 Stunden vorher ab, damit wir diese Lücke wieder besetzen können. Wir führen Terminwartelisten, die Sie bei Bedarf auch gerne nutzen können. Bitte sprechen Sie uns an.

Für nicht rechtzeitig abgesagte Termine oder bei wiederholten Nichterscheinen zum Termin erlauben wir uns nach §§ 615 BGB, 252 BGB eine Ausfallgebühr in Höhe von 100 - 150 Euro je Stunde zu berechnen.

Hinweis für sozialversicherte Patienten: Laut Kassenvertrag soll bei Nichtvorlage der Krankenversichertenkarte eine Privatabrechnung erfolgen, wenn die Karte nicht spätestens 10 Tage nach Behandlungstermin vorbeigebracht wird. In Ihrem und unserem Interesse bitten wir Sie daher stets Ihre Krankenversichertenkarte bei uns vorzulegen.

Hinweis für Privatversicherte und beihilfeberechtigte Patienten: Die Rechnungsstellung erfolgt gemäß der Gebührenordnung für Zahnärzte / Ärzte. Erstattungseinschränkungen gemäß den Bestimmungen Ihres Versicherungstarifes oder restriktiver Beihilfeverordnungen können bei der Rechnungslegung nicht berücksichtigt werden. Material- u. Laborkosten werden gemäß GOZ § 9 nach tatsächlichem Aufwand berechnet.

Datum

Unterschrift

Liebe Patientin, lieber Patient,

die Datenverarbeitung erfolgt aufgrund der gesetzlichen Vorgaben, um den Behandlungsvertrag zwischen Ihnen und Ihrem Zahnarzt und die damit verbundenen Pflichten zu erfüllen. Dazu werden insbesondere folgende, personenbezogene Daten verarbeitet:

Name, Adresse und Kontaktdaten, Geburtsdatum, Versicherungsstatus und Bankverbindung, Anamnesen, Diagnosen, Therapievorschläge und Befunde, die wir oder andere Ärzte und Zahnärzte erhoben haben, einschließlich Arztbriefe und Ergebnisse bildgebender Verfahren (z.B. Röntgenbilder).

Diese personenbezogenen Daten werden von uns unter strikter Beachtung des Datenschutzes nur dann an Dritte weitergegeben, wenn dies aus medizinischen oder abrechnungstechnischen Gründen erforderlich ist. Die Weitergabe erfolgt nur im Rahmen des Behandlungsauftrages und zu Zwecken der Abrechnung erbrachter Leistungen sowie andere Zahnärzte, Ärzte, Zahntechniker, Kassenzahnärztliche Vereinigungen, Krankenkassen oder privatärztliche Verrechnungsstellen und nur in dem Umfang, der zur Erreichung des Zweckes der Weitergabe erforderlich ist.

Darüber hinaus nutzen wir Ihre personenbezogenen Daten für weitere Serviceleistungen, wie Erinnerungen an Ihre bevorstehende Termine per SMS oder Email oder Erinnerungen an geplante Behandlungen.

Mit meiner Unterschrift willige ich in die Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten und die Weitergabe an die o. g. Dritten ein. Meine Rechte, insbesondere zum Widerruf dieser Einwilligung, sind mir bekannt. Die Einwilligung kann ich jederzeit schriftlich oder per Email an die Praxis mit Wirkung für die Zukunft widerrufen.

Datum

Unterschrift