

Patient

weiblich männlich

Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____ Beruf: _____

PLZ/Wohnort: _____ Straße/Nr: _____ Telefon/Mobil: _____ E-Mail: _____

Versicherter

weiblich männlich

Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____ Beruf: _____

PLZ/Wohnort: _____ Straße/Nr: _____ Telefon/Mobil: _____ E-Mail: _____

Krankenkasse und Geschäftsstelle:

Pflichtversichert Freiwillig versichert Privat versichert Privat versichert Basistarif Beihilfe versichert Private Zusatzversicherung

Zahnarzt: _____ Hausarzt: _____

Empfohlen/Überwiesen durch: _____

Erbrachte Leistungen, die durch die Kasse nicht finanziell abgesichert sind, gehen zu Lasten des Patienten. Er ist verpflichtet, die Frage der Kostenübernahme mit seinem Versicherungsgeber zu regeln, und sich über Dauer und Art der finanziellen Unterstützung zu informieren.

Wünschen Sie eine kieferorthopädische Behandlung und sollen dafür die erforderlichen diagnostischen Unterlagen und der Behandlungsplan erstellt werden?

Nein Ja

Wurde der Patient schon kieferorthopädisch behandelt?

Nein Ja

Wurden/werden Geschwister kieferorthopädisch behandelt?

Nein Ja

Hat der Patient Daumen oder Schnuller gelutscht? Nein Ja

Lutscht der Patient jetzt noch? Nein Ja

Hat der Patient Beschwerden beim Kauen? Nein Ja

Beißt der Patient auf Lippen oder Zunge? Nein Ja

Schläft der Patient mit offenem Mund? Nein Ja

Knirscht der Patient mit den Zähnen? Nein Ja

Hat/hatte der Patient einen Sprachfehler? Nein Ja

Wird/wurde der Patient deswegen behandelt? Nein Ja

Wurden Mandeln oder Polypen entfernt? Nein Ja

Wann? _____

Hatte der Patient Unfälle mit Zahnbeteiligung? Nein Ja

Was? _____

Werden regelmäßig Medikamente eingenommen? Nein Ja

Welche? _____

Besteht eine Allergie? Nein Ja

Welche? _____

Hat der Patient schwerwiegende Krankheiten? Nein Ja

Asthma Diabetes Herzfehler Ohrenkrankheiten

Bluter Epilepsie Hepatitis Tuberkulose HIV

Andere Krankheiten: _____

Gemäß der Röntgenverordnung vom 01.07.2004 beantworten Sie bitte folgende Fragen

Wurde der Patient schon einmal geröntgt? Nein Ja

Wann? _____

Waren es Untersuchungen der Zähne oder Kiefer? Nein Ja

Werden/wurden Röntgenbestrahlungen

durchgeführt? Nein Ja

Bei weiblichen Patienten: Sind Sie schwanger? Nein Ja

Alle Angaben sind streng vertraulich und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Nach § 4a Bundesdatenschutzgesetz und §9 Abs. 4 MBO sind alle Ärzte der fachübergreifenden Gemeinschaftspraxis untereinander von der Schweigepflicht befreit, da von den jeweils anwesenden Kollegen behandelt wird.

Wird eine kieferorthopädische Behandlung notwendig, bin ich mit den erforderlichen diagnostischen Maßnahmen (z.B. Abdrücke, Röntgenbilder) einverstanden.

Ich verpflichte mich, eintretende Änderungen während der gesamten Behandlungsdauer mitzuteilen.

Für die Richtigkeit der Angaben:

Einverständniserklärung zur Erhebung/Übermittlung von Patientendaten gem. DSGVO Art. 13

Wir erheben, verarbeiten und nutzen die personenbezogenen Daten unserer Patienten bzw. deren Eltern/-Sorgeberechtigten entsprechend der gesetzlichen Bestimmungen zum Zweck der KFO-Behandlung, Dokumentation und Abrechnung.

Eine vollständige Datenschutzerklärung unserer Praxis gemäß DSGVO Art 13 finden Sie ausgehängt in unserem Wartezimmer.

Entbindung der ärztlichen Schweigepflicht nach § 73 Abs. 1 b SGB V

Ich erkläre mich einverstanden, dass mein behandelnder Kieferorthopäde Gem. Dr. Boris Sonnenberg und Kollegen, mich betreffende Behandlungsdaten/Befunde bei anderen Ärzten und Leistungserbringern zum Zwecke der Dokumentation und weiteren Behandlung anfordert/übermittelt.

Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann.

