

Questionnaire for Patients

Patient

female male

Last Name: _____ First name: _____ Date of Birth: _____ Occupation: _____

Zip/City: _____ Street/No.: _____ Phone/Mobile: _____ E-Mail: _____

Insured Party

female male

Last Name: _____ First name: _____ Date of Birth: _____ Occupation: _____

Zip/City: _____ Street/No.: _____ Phone/Mobile: _____ E-Mail: _____

Health Insurance and office:

Compulsory insurance Voluntary insurance Private insurance Fin. aiding for insurance Private supplementary insurance

Dentist: _____ Family Physician: _____

Recommended/referred by: _____

Any services that are not covered by the health insurance must be paid by the patient. He is required to arrange for the costs to be assumed by the insurer and to inquire about the duration and type of financial support.

Do you want orthodontic treatment and should the diagnostic documentation and treatment plan be made? no yes

Has the patient already had orthodontic treatment? no yes

Have siblings had/ are receiving orthodontic treatment? no yes

Do you agree to be treated by a colleague currently treating in this interdisciplinary practice? no yes

Did patient suck his thumb or pacifier? no yes

Does he still? no yes

Does patient have difficult chewing? no yes

Does patient bite his lips or tongue? no yes

Does patient sleep with his mouth open? no yes

Does the patient grind his teeth? no yes

Does/did patient have a speech defect? no yes

Is/was this treated? no yes

Have tonsils or polyps been removed? no yes

When? _____

Has patient had an accident affecting his teeth? no yes

What? _____

Does patient take regular medication? no yes

What? _____

Does patient have an allergy? no yes

What? _____

Does the patient have any severe diseases? no yes

asthma diabetes heart defect ear disease

hemophilia epilepsy hepatitis tuberculosis

other diseases: _____

Please answer the following questions pursuant to the X-ray regulation of 1 July 2004:

Has the patient ever had an X-ray? no yes

When? _____

Is/was patient being treated with radiation? no yes

For female patients: Are you pregnant? no yes

Was it an examination of the teeth/jaws? no yes

All information is strictly confidential and is subject to medical confidentiality. If orthodontic treatment is necessary, I agree to the necessary diagnostic measures (e.g. impressions, X-rays) etc.

I agree to notify of any changes that may occur during the course of treatment.

I confirm the accuracy of the information:

Date

Signature of patient/ legal guardian

Befundbogen und Therapieaufklärung

Arzt

Pat. Nr.

Anamnese

Datum

18 17 16 15 14 13 12 11	21 22 23 24 25 26 27 28
55 54 53 52 51	61 62 63 64 65

85 84 83 82 81	71 72 73 74 75
48 47 46 45 44 43 42 41	31 32 33 34 35 36 37 38

Datum

18 17 16 15 14 13 12 11	21 22 23 24 25 26 27 28
55 54 53 52 51	61 62 63 64 65

85 84 83 82 81	71 72 73 74 75
48 47 46 45 44 43 42 41	31 32 33 34 35 36 37 38

Befund

- | | | | | | |
|---|--|---|---|--------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Angle Klasse I | <input type="checkbox"/> Distalbisslage | <input type="checkbox"/> re. _____ Pb* | <input type="checkbox"/> dentale MLV* _____ mm | <input type="checkbox"/> nach rechts | * Pb = Prämolarenbreite
* MLV = Mittellinienverschiebung
* mand = mandibulär |
| <input type="checkbox"/> Angle Klasse II | <input type="checkbox"/> Mesialbisslage | <input type="checkbox"/> li. _____ Pb* | <input type="checkbox"/> OK <input type="checkbox"/> UK | <input type="checkbox"/> nach links | |
| <input type="checkbox"/> Angle Klasse III | <input type="checkbox"/> Neutralbisslage | <input type="checkbox"/> re. _____ Pb* | <input type="checkbox"/> mand* MLV* _____ mm | <input type="checkbox"/> nach rechts | |
| | | <input type="checkbox"/> li. _____ Pb* | | <input type="checkbox"/> nach links | |
| | | <input type="checkbox"/> re. <input type="checkbox"/> li. | <input type="checkbox"/> Zwangsführung nach _____ | | |

Diagnose

OK

UK

Sonstiges

Konsil. Vorstellung

- | | | | | |
|---------------------------------------|------------------------------------|--|--|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> MKG | <input type="checkbox"/> HNO | <input type="checkbox"/> Physiotherapeut | <input type="checkbox"/> Hausarzt | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> Hauszahnarzt | <input type="checkbox"/> Logopäden | <input type="checkbox"/> Orthopäden | <input type="checkbox"/> Psychosomatiker | |

Therapie

Maßnahmen	MK / AVL	Privatbehandlung
Abnehmbar <input type="checkbox"/> OK <input type="checkbox"/> UK	<input type="checkbox"/> Diagnostik 2	
Multiband <input type="checkbox"/> OK <input type="checkbox"/> UK	<input type="checkbox"/> Diagnostik 1 <input type="checkbox"/> Diagnostik 2	
Damon-Brackets <input type="checkbox"/> OK <input type="checkbox"/> UK	<input type="checkbox"/> Damon-Brackets	
Damon Clear <input type="checkbox"/> OK <input type="checkbox"/> UK	<input type="checkbox"/> Damon Clear	
Lingualtechnik <input type="checkbox"/> OK <input type="checkbox"/> UK	<input type="checkbox"/> Lingualtechnik	
Invisalign <input type="checkbox"/> OK <input type="checkbox"/> UK <input type="checkbox"/> 3+3 <input type="checkbox"/> 3-3		
<input type="checkbox"/> Lingualretainer <input type="checkbox"/> Palätinalretainer		Behandlungsdauer _____
Behandlungsart: <input type="checkbox"/> GKV Behandlung 20 / 80 <input type="checkbox"/> KIG : ____ / ____ <input type="checkbox"/> KIG – Mitteilung <input type="checkbox"/> Privatbehandlung <input type="checkbox"/> über AD- Priv.Kosten aufgeklärt	Weiterführende Maßnahmen: <input type="checkbox"/> Recall ____ / ____ <input type="checkbox"/> 2. Ber. ____ / ____ <input type="checkbox"/> Arztbrief: <input type="checkbox"/> zu früh <input type="checkbox"/> detailliert <input type="checkbox"/> AD <input type="checkbox"/> Technik	Datum ____ / ____ / ____ ____ / ____ / ____ ____ / ____ / ____ ____ / ____ / ____ ____ / ____ / ____

- Über den Behandlungsablauf, Risiken, Folgen und Kosten aufgeklärt
- Patient überlegt
- Patient wünscht Behandlung
- Patient wünscht keine Behandlung
- Patient wünscht durch das Recallsystem einbestellt zu werden
- Patient wünscht durch SMS-Recallsystem einbestellt zu werden

Unterschrift Patient / Erziehungsberechtigter

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.

Unterschrift Patient / Erziehungsberechtigter