

#### Herzlich willkommen in unserer Praxis,

bevor wir uns in Ruhe über die kieferorthopädischen Wünsche oder Sorgen von Ihrem Kind oder von Ihnen unterhalten, benötigen wir noch einige Auskünfte über den allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine adäquate und risikofreie Behandlung. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Haben Sie Fragen oder gibt es Unklarheiten beim Ausfüllen der Daten, dann helfen wir Ihnen sehr gerne weiter.

Ihr Praxisteam von DIE KIEFERORTHOPÄDIE

## Erfassungsbogen DIE KIEFERORTHOPÄDIE

Nachname des Patienten		Versichert über: Nachname	
Vorname des Patienten	Geburtsdatum	Versichert über: Vorname	Geburtsdatum
Straße, Hausnummer		Arbeitgeber der/s o.g.	
PLZ, Ort		Name der/s Ehegatten/in oder der/s weiteren Erziehungsberechtigten	Geburtsdatum
Telefon Privat		Arbeitgeber	
Mobilnummer		Telefon Arbeit	
BehandeInder ZAHNARZT		Ggf. Geschwister des Patienten in Behandlung	
Krankenkasse		E-Mail	
(bei Privaten ggf. Beihilfestelle)	<del></del>		



# **Anamnese (Krankengeschichte)**

I. A	lgemeinanamnese	Ja	Nein
1. 2.	Was ist der Grund für Ihren Besuch in unserer Praxis? War der Patient <i>früher</i> schon einmal in kieferorthopädischer Behandlung? wenn ja, bei wem/wo: Dr. in		
3.	Befindet sich der Patient <i>derzeit</i> in kieferorthopädischer Behandlung? wenn ja, bei wem/wo: Dr. in		
II. F	amilienanamnese		
4.	Hat oder hatte ein Elternteil Gebissunregelmäßigkeiten?		
5.	Wenn ja, welche: Gibt es in Ihrer Familie Nichtanlagen oder andere zahnbezogene Besonderheiten?		
III. F	Patientenanamnese	Ja	Nein
6.	Leidet oder litt der Patient an einer der genannten Krankheiten?  Rachitis  Diabetes  Hepatitis		
7.	Herzleiden Epilepsie Nimmt der Patient Medikamente ein?		
8.	wenn ja, welche? Hat der Patient Probleme mit der Nasenatmung?  Asthma, seit wann  Häufige Erkältungen, seit wann		
9.	☐ Mundatmung ☐ Schnarchen seit wann Hat der Patient eine Allergie oder Heuschnupfen?		
10	wenn ja, wogegen?  Wurden Hals-, Nasen-, Ohrenärztliche Operationen durchgeführt?  Gaumenmandeln wann?  Rachenmandeln ("Polypen") wann?  Parazentese (Röhrchen im wann?  Trommelfell)  Nasenscheidewand wann?		
11	Wann kam ungefähr der erste Milchzahn?		
12	Hat der Patient als Kleinkind gelutscht?  Daumen ca. bis Jahre Finger ca. bis Jahre Schnuller ca. bis Jahre Ca. bis Jahre Jahre Jahre		
13	Liegt aktuell eine Fehlgewohnheit im Lippen- oder Zungenbereich vor?  Lippenbeißen Lippensaugen Lippenlecken		
14	<ul><li>Nägelkauen</li><li>☐ Bleistiftkauen</li><li>☐ sonstiges</li><li>Hat oder hatte der Patient einen Sprachfehler?</li><li>wenn ja, wann?</li></ul>		
15	wurde eine logopädische Behandlung (Sprachtherapie) durchgeführt? Hatte der Patient einen Unfall mit Folgen für den Kopf-Hals-Bereich?		
16 17	wenn ja, wann? Bestehen Kiefergelenkknacken oder -beschwerden? Welche Hobbys hat der Patient?		



Befrag	ung gem. §28/1 RöV		Ja	Nein
1.	Sind Sie in den letzten 12 Monaten im Kopf/Kieferbereich geröntgt worden? Wenn ja, bei wem: wann:			
2.	2. Bei weiblichen Patienten: Könnte zurzeit eine Schwangerschaft bestehen?			
3.	Prinzipielles Einverständnis für notwendige Rönder kieferorthopädischen Therapie	tgenaufnahmen während		
werde	kläre mich damit einverstanden, in das Pi en. Damit ermöglichen Sie uns, dass wir S olltermine erinnern können. Sollten Sie di	Sie schriftlich an die später ar	nstehen	den
Ort, D	atum			
	DIE KIEFERORTHOPÄDIE	Versicherter bzw. gesetz Vertreter	zlicher	
Name	des Patienten			



#### Liebe Patientin, lieber Patient, liebe Eltern,

es ist häufig erforderlich, dass wir die von uns erhobenen Patientendaten (Röntgenbilder, Fotodokumentation, Behandlungsplan etc.) auch an einen behandelnden Zahnarzt, Oralchirurgen oder Kieferchirurgen übermitteln. Durch die Übermittlung der Daten können die jeweiligen Behandlungen besser aufeinander abgestimmt und hierdurch z.B. die doppelte Anfertigung von Röntgenaufnahmen (verbunden mit einer doppelten Strahlenbelastung) vermieden werden.

Um die erhobenen Patientendaten (Röntgenbilder; Fotodokumentation, etc.) und die sonstigen medizinischen und personenbezogenen Daten elektronisch verarbeiten und im Bedarfsfall an den behandelnden Arzt übermitteln zu dürfen, benötigen wir Ihre Einwilligung.

Wir möchten Sie darum bitten, uns diese Einwilligung zu erteilen. Sollten Sie Fragen hierzu haben, dann sprechen Sie uns bitte einfach an!

\_\_\_\_\_\_

#### **Einwilligung zum Austausch von Patientendaten**

Hiermit willige ich in die elektronische Verarbeitung der erhobenen Patientendaten (Röntgenbilder; Fotodokumentation, etc.) und der sonstigen medizinischen und personenbezogenen Daten meines Kindes/ von mir ein und gestatte es der behandelnden Ärztin, Frau Dr. Julia Neuschulz, diese Daten im Bedarfsfall an den behandelnden Arzt zu übermitteln. Insoweit entbinde ich die behandelnde Ärztin, Frau Dr Julia Neuschulz, insoweit von ihrer ärztlichen Schweigepflicht. Meine Einwilligung ist freiwillig und kann jederzeit widerrufen werden.

Versicherter bzw.
Erziehungsberechtigte/r

Name des Patienten



#### Liebe Patientin, lieber Patient, liebe Eltern,

bevor Sie sich für eine kieferorthopädische Behandlung bei uns entscheiden, möchten wir Sie auf folgende Besonderheiten hinweisen:

Vor dem Beginn der eigentlichen Behandlung ist es erforderlich, eine Anfangsdiagnostik und -auswertung zu erstellen. Die durch diese Anfangsdiagnostik entstehen Kosten wird Ihre private Krankenversicherung bzw. Beihilfestelle voraussichtlich nur dann übernehmen, wenn sie sich auch zur Übernahme der durch die spätere Behandlung entstehenden Kosten bereit erklärt. Vor diesem Hintergrund bitten wir Sie um die Abgabe der nachfolgenden Erklärung.

### Erklärung des Versicherten

Nach Aufklärung durch meine Zahnärztin/ meinen Zahnarzt über den Leistungsumfang und die möglichen Erstattungsbeschränkungen meines Versicherungstarifs sowie über durchzuführende Untersuchung und die darauf basierende Behandlungsplanung wünsche ich eine uneingeschränkte Behandlung als Privatpatient nach den Regelungen der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ). Mir ist bekannt, dass eine Erstattung des zahnärztlichen Honorars durch meine Private Krankenversicherung oder sonstige Erstattungsstellen ggf. nicht oder nur bis zum 2,3-fachen Gebührensatz gewährleistet und ich die Kosten meiner zahnärztlichen/ ist kieferorthopädischen Behandlung auch bei unterbleibender Kostenübernahme selbst zu tragen habe.

Wir danken Ihnen für das uns entgegengebrachte Vertrauen und stehen Ihnen für eventuelle Anfragen Ihrer Versicherung jederzeit bereit.

DIE KIEFERORTHOPÄDIE	
Ort, Datum	
Dr. Julia Neuschulz	Versicherter bzw. Erziehungsberechtigte/r