

**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   |
| Behandelnder ZAHNARZT                                   | Ggf. Geschwister des Patienten in Behandlung   |
| Krankenkasse  | E-Mail   |
| (bei Privaten ggf. Beihilfestelle)                      |  |





Befragung gem. §28/1 RÖV

- |   | Ja                       | Nein                     |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. Sind Sie in den letzten 12 Monaten im Kopf/Kieferbereich geröntgt worden?<br>Wenn ja, bei wem: wann:   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Bei weiblichen Patienten: Könnte zurzeit eine Schwangerschaft bestehen?                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Prinzipielles Einverständnis für notwendige Röntgenaufnahmen während der kieferorthopädischen Therapie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Sonstiges:

Ich erkläre mich damit einverstanden, in das Praxis-Recall-System aufgenommen zu werden. Damit ermöglichen Sie uns, dass wir Sie schriftlich an die später anstehenden Kontrolltermine erinnern können. Sollten Sie dieses nicht wünschen, geben Sie uns bitte Bescheid.

Ort, Datum

---

DIE KIEFERORTHOPÄDIE

---

Versicherter bzw. gesetzlicher  
Vertreter

---

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 die bei mir 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 der GOZ gewährleistet ist und ich die Kosten meiner zahnärztlichen/ 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