



Patient/in	Versicherter
Name: <input type="text"/>	Name: <input type="text"/>
Vorname: <input type="text"/>	Vorname: <input type="text"/>
Geburtsdatum: <input type="text"/>	Geburtsdatum: <input type="text"/>
Geburtsort: <input type="text"/>	Strasse: <input type="text"/>
Strasse: <input type="text"/>	PLZ, Wohnort: <input type="text"/>
PLZ, Wohnort: <input type="text"/>	Beruf: <input type="text"/>
Beruf: <input type="text"/>	Telefon Privat: <input type="text"/>
Telefon Patient: <input type="text"/>	Telefon Arbeit: <input type="text"/>
	Telefon Handy: <input type="text"/>
Krankenkasse: <input type="text"/>	
Freiwillig versichert: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Beihilfeberechtigt: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
	Bei der Bundesbeihilfestelle: <input type="checkbox"/>
	Bei der Beihilfestelle des Landes: <input type="checkbox"/>
Wer hat Sie uns empfohlen?	
<input type="checkbox"/> Hauszahnarzt <input type="checkbox"/> Patient/Bekannte <input type="checkbox"/> Telefonbuch <input type="checkbox"/> Internet	
Leidet der Patient an: (Bitte ankreuzen)	
Die Angaben werden für die Behandlung benötigt und unterliegen selbstverständlich der Schweigepflicht.	
<input type="checkbox"/> Herz- und Kreislaufbeschwerden	<input type="checkbox"/> Blutungsneigung
<input type="checkbox"/> Ohnmachtsneigung	<input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung
<input type="checkbox"/> Gelbsucht	<input type="checkbox"/> Kopfschmerz
<input type="checkbox"/> Blutkrankheit	<input type="checkbox"/> Ohrgeräusche
<input type="checkbox"/> Rheuma	<input type="checkbox"/> Magen-Darm Beschwerden
<input type="checkbox"/> AIDS	<input type="checkbox"/> MRSA
<input type="checkbox"/> Beschwerden an der Wirbelsäule	Allergien: <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Sprachfehler	Sonstige Erkrankungen: <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Kiefergelenkbeschwerden	
<input type="checkbox"/> Diabetes	
Werden regelmäßig Medikamente eingenommen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Wenn ja, welche(s)? <input type="text"/>	
Name und Ort des Zahnarztes bei dem sich der Patient in Behandlung befindet: <input type="text"/>	
Besteht eine kieferorthopädische Vorbehandlung? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Wenn ja, bei wem? <input type="text"/>	
Was ist der Grund ihres Besuches? Was ist ihr wichtigstes persönliches Anliegen?	
<input type="checkbox"/> Überweisung durch Kollegen	Sonstiges: <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Zahnfehlstellung	
<input type="checkbox"/> Kieferstellung	
<input type="checkbox"/> Beschwerden im Kopf-Kieferbereich	
<input type="checkbox"/> Gesichtsprofil	



Wurde im letzten Jahr Röntgenaufnahmen im Kopfbereich angefertigt?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
Bestehen Beschwerden an der Wirbelsäule?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
Wenn ja, wurden orthopädische/physiotherapeutische Therapien durchgeführt?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
Wurde bereits eine Logopädische Behandlung durchgeführt?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
Wurde schon eine Behandlung beim Hals-Nasen-Ohren-Arzt durchgeführt?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
Haben Unfälle mit Kopf/Zahnbeteiligung stattgefunden?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
Wurden Operationen durchgeführt?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Wenn ja, welche?
<input type="text"/>			
Bestehen Angewohnheiten, die Einfluss auf die Zahnstellung nehmen können?			
<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Zähneknirschen		
<input type="checkbox"/> Ja, Lutschen bis zum <input type="text"/> Lebensjahr	<input type="checkbox"/> Lippenbeißen		
<input type="checkbox"/> Ja, Lutschen bis jetzt	Sonstige:		
<input type="checkbox"/> Daumen	<input type="text"/>		
<input type="checkbox"/> Schnuller			
<input type="checkbox"/> Nägelkauen			
Ich/Wir sind an einer ganzheitlichen Beratung/Behandlung interessiert	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	

Füllen Sie den Fragebogen, auch in Ihrem eigenen Interesse, bitte vollständig aus, er bildet die Grundlage für eine vertrauensvolle Zusammenarbeit und für eine sachgerechte medizinische Behandlung. Ihre Angaben werden streng vertraulich behandelt. Sie unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht gemäß §203 des Strafgesetzbuches sowie den strengen Bestimmungen des Datenschutzgesetzes. Moderne Kieferorthopädie bedarf wie alle medizinischen Bereiche der Teamarbeit. Daher werden Teilleistungen (=technische, weitgehend vereinfachte, risikoarme und manuelle Handhabungen) auch von uns aus- und fortgebildeten zahnmedizinischen Assistentinnen nach vorheriger individueller Anordnung durch die Kieferorthopädinnen und unter deren Aufsicht, Überwachung und Kontrolle erbracht. Die Datenverarbeitung erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben, um den Behandlungsvertrag und die damit verbundenen Pflichten zu erfüllen. Dazu werden insbesondere folgende personenbezogenen Daten verarbeitet.: Name, Adresse und Kontaktdaten, Geburtsdatum, Versicherungsstatus, Anamnesen, Befunde, Diagnosen und Therapien, 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 Behandelnde ist berechtigt, die zur Abrechnung seiner Tätigkeit erforderlichen Daten an Dritte weiterzugeben. Der/die Vertragspartner erteilt/en hierzu sein/ihr Einverständnis.

Hiermit versichere ich, dass die vorgenannten Angaben vollständig und richtig sind.

Mit der Erstellung der für die Behandlung notwendigen diagnostischen Unterlagen (Kiefermodelle, Fotos, Röntgenbilder) bin ich einverstanden. (Erst nach der Beratung über die medizinische Notwendigkeit mit der Kieferorthopädin)

Über die Kostenregelung gemäß den gesetzlichen Bestimmungen, nach Einstufungen in das Kieferorthopädische Indikations System (KIG-System) einer kieferorthopädischen Behandlung für gesetzlich versicherte Patienten (bis 18 zum Lebensjahr), im Umfang der Kassenleistung wurde ich informiert.

Änderung von Kassendaten, Anschrift oder Telefonnummer teile ich umgehend mit.

Ich bin darüber informiert worden, dass die Behandlungskosten privat in Rechnung gestellt werden, sofern nicht innerhalb von 10 Tagen eine gültige Krankenversichertenkarte einer gesetzlichen Krankenkasse vorliegt.

<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Datum: Unterschrift (Erziehungsberechtigten)

Wir bemühen uns, Beratungen und Besprechungen in einer vertrauensvollen Atmosphäre zu gestalten. Da es im Ablauf einer kieferorthopädischen Praxis aber möglich ist, dass sich weitere Patienten im Zimmer befinden, bitten wir Sie, wenn Sie eine Beratung oder Behandlung wünschen, ohne dass ein weiterer Patient im Zimmer ist, dies meinen Mitarbeiterinnen mitzuteilen, damit sie das Nötige veranlassen kann. Sollten Sie diesen Termin nicht wahrnehmen können, bitten wir um eine Absage bis 24h vor dem Termin. Wir behalten uns vor, bei nicht Einhaltung der Termine ohne Absage, eine Berechnung vorzunehmen. Es gilt unsere Datenschutzerklärung unter: <https://www.kieferorthopaedie-kessen.de/datenschutz/>