

Liebe Patientinnen und Patienten, liebe Eltern,

Ihre Angaben werden streng vertraulich behandelt. Sie unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht gem. § 203 StGB sowie den strengen Bestimmungen des Datenschutzes.

Patient/-in:

Familienname: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Straße: _____ Nr. _____

PLZ: _____ Ort: _____

Email: _____

Telefon: _____

Beruf: _____ Arbeitgeber: _____

Versichert:

gesetzlich bei: _____

freiwillig gesetzlich bei: _____

privat bei: _____

privat + Beihilfe bei: _____

Selbstzahler

Zusatzversicherung für Kieferorthopädie bei: _____

Zahnarzt: Name: _____ Ort: _____

Sorgeberechtigter Versicherter: (falls abweichend)

Familienname: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Straße: _____ Nr. _____

PLZ: _____ Ort: _____

Email: _____

Telefon: _____

Beruf: _____ Arbeitgeber: _____

Angaben über Erkrankungen der Patientin / des Patienten:

- Schwangerschaft? ja nein
- Allergien? ja _____ nein
- Asthma? ja nein
- Diabetes? ja nein
- Rachitis? ja nein
- Herzleiden? ja nein
- Blutgerinnungsstörungen? ja nein
- Epilepsie? ja nein
- Hepatitis? ja nein
- AIDS? ja nein
- TBC? ja nein
- ADHS? ja nein

Andere Erkrankungen: _____

Nehmen Sie / Ihr Kind regelmäßig / zur Zeit Medikamente?

ja _____ nein

Hatten Sie / Ihr Kind einen Unfall mit Folgen für den Kopf-Hals-Bereich? ja nein

Gibt es Probleme mit der Nasenatmung? ja nein

Schnarchen Sie / Ihr Kind? ja nein

Knirschen Sie / Ihr Kind mit den Zähnen? ja nein

Wurde eine **kieferorthopädische Behandlung** bereits angefangen oder durchgeführt?

ja, bei (Name des Kieferorthopäden) _____ nein

Wurde eine **logopädische Behandlung** durchgeführt?

ja, wegen _____ nein

Grund des Besuchs bei uns:

Schiefe Zähne / Engstand / Lücken Knirschen Kiefergelenkprobleme

andere Beschwerden: _____

Wie haben Sie uns gefunden?

- andere Familienmitglieder sind bei uns in Behandlung: _____
- Empfehlung von Bekannten: _____
- Empfehlung vom Hauszahnarzt
- Empfehlung von einem anderen Arzt: _____
- Internet: Google Facebook Instagram TikTok andere _____

Um Ihre Behandlung optimal zu koordinieren, ist es manchmal notwendig, **Ihre Patientendaten** (z.B. Röntgenbilder, Fotos, Behandlungspläne) **an andere behandelnde Ärzte** (Zahnärzte, Oralchirurgen, Kieferchirurgen) **oder Labore** weiterzugeben. Dies hilft, unnötige Doppeluntersuchungen und damit verbundene Strahlenbelastung zu vermeiden.

Um Ihre Daten elektronisch zu verarbeiten und bei Bedarf weiterzuleiten, benötigen wir Ihre Zustimmung. Wir bitten Sie daher, uns Ihre Einwilligung zu erteilen.

- ja, ich willige ein nein, ich bin damit nicht einverstanden

Dürfen wir zu Ihnen **Kontakt per Email/SMS** aufnehmen (z.B. für Termin-Erinnerungen)?

- ja, ich willige ein nein, ich bin damit nicht einverstanden

Für die **Privatpatienten / Patienten mit Zusatzversicherung**

Bevor Sie sich für eine kieferorthopädische Behandlung in unserer Praxis entscheiden, möchten wir Sie über einige wichtige Punkte informieren:

Zu Beginn jeder Behandlung wird eine umfassende *Diagnostik* (z.B. Röntgenbilder, Modelle, Fotos) durchgeführt. Diese ist notwendig, um einen individuellen Behandlungsplan zu erstellen. Bitte beachten Sie: Ihre private Krankenversicherung oder Beihilfestelle übernimmt die Kosten für diese Diagnostik in der Regel nur, wenn sie auch die Kosten der anschließenden Behandlung übernimmt.

Wir empfehlen Ihnen, sich vorab mit Ihrer Versicherung in Verbindung zu setzen, um die Kostenübernahme zu klären.

Wir weisen darauf hin, dass Ihre Versicherung die Kosten möglicherweise nicht vollständig oder nur bis zum 2,3-fachen *GOZ-Satz* erstattet. Sie sind daher verpflichtet, die Differenzkosten selbst zu tragen, falls Ihre Versicherung die Kosten nicht vollständig übernimmt. Selbstverständlich werden Sie vor Beginn der Behandlung umfassend über alle geplanten Untersuchungen und die daraus resultierende Behandlungsplanung informiert. Wir erstellen gerne einen Kostenvoranschlag.

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 kieferorthopädischen Behandlung auch bei unterbleibender Kostenübernahme selbst zu tragen habe.

Datum _____

Unterschrift Patient/-in / Sorgeberechtigter: _____