Herzlich willkommen in unserer Praxis! ☺

Bevor wir uns in Ruhe über Ihre kieferorthopädischen Wünsche oder Sorgen unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine adäquate und risikofreie Behandlung. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Ihr Praxisteam

Patient:

Name Vorname geb.

Versichert über
☐Mutter/☐Vater
(bitte ankreuzen) Name Vorname geb.

Adresse Patient

Straße/Hausnummer PLZ Wohnort

Telefon

Privat dienstlich Handy

E-Mail Adresse

☐ gesetzlich versichert ☐ gesetzlich freiwillig versichert ☐ privat versichert
☐ privat Basistarif o.ä. versichert ☐ beihilfeberechtigt

Krankenkasse:

Zahnarzt : Empfohlen/überwiesen durch:

Geschwister in kieferorthopädischer Behandlung ☐ ja ☐ nein

	JA	NEIN
Ist oder war der Patient *früher* schon in kieferorthopädischer Behandlung ? - wenn ja, bei wem / wo: Dr._____ in _____	☐	☐
Bestehen Gebissunregelmäßigkeiten in der Familie?	☐	☐
Leidet oder litt der Patient an einer der genannten Krankheiten ? - wenn ja, welche: ☐ Diabetes ☐ Hepatitis ☐ Herzleiden ☐ Epilepsie ☐ Sonstige:_____	☐	☐
Nimmt der Patient Medikamente ein ? _____	☐	☐

	JA	Nein
Hat der Patient Probleme mit der Nasenatmung ?	☐	☐
☐ Asthma ☐ Allergisches Asthma seit wann: _____		
☐ Häufige Erkältungen seit wann: _____		
☐ Mundatmung ☐ Schnarchen seit wann: _____		
Hat der Patient eine Allergie oder Heuschnupfen ? wenn ja, wogegen: _____	☐	☐
Hat der Patient als Kleinkind gelutscht und wenn ja, bis wann ?	☐	☐
☐ Daumen ca. bis _____ Jahre		
☐ Finger ca. bis _____ Jahre		
☐ Schnuller ca. bis _____ Jahre		
☐ Sonstiges: _____ ca. bis _____ Jahre		
Liegt eine Fehlgewohnheit im Lippen- oder Zungenbereich vor ?	☐	☐
☐ Lippenbeißen ☐ Lippensaugen ☐ Lippenlecken		
☐ Nägelkauen ☐ Bleistiftkauen ☐ Sonstiges: _____		
Hat oder hatte der Patient einen Sprachfehler ?	☐	☐
- wenn ja, wann _____ und wie lange: _____ Monate / Jahre		
- wenn ja, welche Art von Störung _____		
- wurde eine logopädische Behandlung (Sprachtherapie) durchgeführt ?	☐	☐
Welche Hobbys hat der Patient ?		
☐ Sportarten: _____		
☐ Musikinstrumente: _____		
☐ Sonstiges: _____		
Bestehen beim Patienten Probleme, wie z.B.:		
- Knirschen oder pressen mit den Zähnen	☐	☐
- ☐ Knackgeräusche beim Öffnen/Schließen des Mundes oder beim Kauen	☐	☐
- Verspannungen der ☐ Nackenmuskulatur ☐ Schultermuskulatur	☐	☐
- ☐ Kopfschmerzen ☐ Migräne?	☐	☐
- Unfall mit Schädigung im Hals-/Kopfbereich?	☐	☐
(Schleudertrauma o.ä.) wenn ja, wie oft? _____		
- Probleme mit Ihrer Körperhaltung?	☐	☐
und zwar ☐ Wirbelsäule ☐ Beckenschiefstand ☐ Beinlängendifferenz		
- trägt der Patient orthopädische Einlagen?	☐	☐
Wurden Sie in den letzten 12 Monaten im Kopf-Kiefer-Zahnbereich geröntgt?	☐	☐
Besteht eine Schwangerschaft?	☐	☐
Besitzt der Patient einen Röntgenpass?	☐	☐

Bitte wenden -›

Einverständnis Sorgeberechtigte

Sorgeberechtigt ist/sind ☐ beide Eltern ☐ Mutter ☐ Vater ☐ Sonstige

Erziehungsberechtigter/Sorgeberechtigter
Name/Vorname: _____
Geb.-Datum: _____
Straße/Hausnr.: _____
PLZ./Ort: _____

Erziehungsberechtigter/Sorgeberechtigter
Name/Vorname: _____
Geb.-Datum: _____
Straße/Hausnummer: _____
PLZ/Ort: _____

Hiermit bestätige ich/wir, dass die kieferorthopädische Diagnostik und ggf. Behandlung meines/unseres Kindes in der Praxis Dr. Gudrun Poser durchgeführt werden darf. Des Weiteren bin ich/sind wir einverstanden, dass bei Behandlungsbedarf sowie während der laufenden Behandlung die dafür notwendigen Unterlagen (Röntgenbilder, Abdrücke) erstellt werden dürfen.

Hiermit erkläre ich/wir mich/uns einverstanden, dass mein/unser Kind betreffende Behandlungsdaten, Röntgenbilder und Befunde bei anderen Ärzten und Leistungserbringern zum Zwecke der Dokumentation und weiteren Behandlung angefordert werden dürfen. Des Weiteren bin ich einverstanden, dass Frau Dr. Gudrun Poser betreffende Behandlungsdaten, Röntgenbilder und Befunde an behandelnde Ärzte und Leistungserbringer übermitteln darf.

Außerdem wird hiermit bestätigt, dass bei geteiltem Sorgerecht beide Elternteile mit der Durchführung der Behandlung in unserer Praxis einverstanden sind.

Hiermit bestätige ich/wir, dass alle Angaben vollständig und wahrheitsgemäß erfolgt sind.

.....
Datum

....
Unterschrift Erziehungsberechtigte/Sorgeberechtigte

- bei geteiltem Sorgerecht bitte beide unterschreiben -

Aufklärung über Ausfallhonorar bei versäumten Behandlungsterminen

Ich bitte Sie, diese Bedingungen für Ihre kieferorthopädische Behandlung durchzulesen und zu unterschreiben.

Unsere Praxis arbeitet nach dem Bestellsystem, d.h. wir reservieren für Sie die erforderlichen Behandlungstermine. Da eine kieferorthopädische Behandlung über einen längeren Zeitraum durchgeführt wird, können wir kurzfristig keine neuen Patienten annehmen oder Ersatztermine vereinbaren.
Die Krankenkassen bezahlen nur durchgeführte Leistungen, sodass ein versäumter Termin für den Kieferorthopäden ein Ausfallhonorar bedeutet.
Der Kieferorthopäde ist daher berechtigt, alle vereinbarten Termine die der Patient nicht wahrnimmt, unabhängig vom Grund der Verhinderung, privat in Rechnung zu stellen
(siehe Urteil Amtsgericht Dresden vom 29.01.2010 Az.: 107C5428/09).
Termine die aus zwingenden Gründen rechtzeitig, d.h. 24 Stunden vorher, abgesagt werden, stellen wir dem Patienten natürlich nicht in Rechnung.
Für das Ausfallhonorar werden die durchschnittlichen Kosten der Praxisstunde zu Grunde gelegt. Das Honorar beträgt in diesem Fall *22 € je angefangene 15 Minuten.*

Hiermit bestätige ich, dass ich die Notwendigkeit der Einhaltung meiner Behandlungstermine, bzw. das rechtzeitige Absagen bei Verhinderung zur Kenntnis genommen habe, und mir bewusst ist, dass unentschuldigte Termine in Rechnung gestellt werden.

_____
Datum Unterschrift Patient/Erziehungsberechtigter

Nur bei Bedarf auszufüllen:

Auf Grund der Datenschutzverordnung dürfen wir keine Termininformationen, bzw. weitere Auskünfte an Geschwister, Großeltern oder andere Verwandte weiter geben. Auch Rezepte oder andere Dokumente dürfen nicht an unautorisierte Personen herausgegeben werden.
Der/den unten aufgeführten Person/en dürfen Informationen über Termine und behandlungsrelevante Auskünfte, sowie Rezepte und den Patienten betreffende Dokumente von Praxis Dr. Gudrun Poser herausgegeben werden.

Name, Vorname, Geb.-Datum

Name, Vorname, Geb.-Datum

Name, Vorname, Geb.-Datum

Unterschrift Erziehungsberechtigte/Sorgeberechtigte