

Bitte in DRUCKSCHRIFT ausfüllen!

Nachname des Patienten

Nachname des Versicherten

Vorname

Geburtsdatum

Vorname

Geburtsdatum

Straße, Nr.

Arbeitgeber, berufliche Tätigkeit

PLZ, Ort

Vorname des Ehepartners

Geburtsdatum

Telefon privat

Telefon dienstlich

Email Adresse

Zahnarzt

Geschwister des Patienten in Behandlung

Krankenversicherung bzw. Krankenkasse

(bitte geben Sie auch Ort u. Geschäftsstelle an. Z.B. DAK Bonn, TK Köln)

Staatsangehörigkeit

Sind Sie:

- privat versichert mit Beihilfestelle des Landes mit Beihilfestelle des Bundes
 Postbeamtenkasse Selbstzahler
 gesetzlich versichert mit privater Zusatzversicherung

Herzlich Willkommen in unserer Praxis!

Bevor wir uns in Ruhe über Ihre kieferorthopädischen Wünsche und Fragen 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. Wir bedanken uns für die Beantwortung der unten aufgeführten Fragen.

Sie wurden überwiesen von _____, wir wurden empfohlen von? _____

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? Google unsere Webseite Sonstiges?

- | | Ja | Nein |
|--|--------------------------|--------------------------|
| Beindet sich der Patient derzeit in kieferorthopädischer Behandlung? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| War der Patient früher schon einmal in kieferorthopädischer Behandlung?
Wenn ja, bei wem? _____, in _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Erfolgte im Laufe des letzten Jahres schon einmal eine kieferorthopädische Beratung? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Liegen Röntgenbilder des Kiefers aus dem letzten halben Jahr vor? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Leidet oder litt der Patient an einer der unten genannten Krankheiten?
- wenn ja, welche: <input type="checkbox"/> Rachitis <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Hepatitis A/B/C <input type="checkbox"/> Herzleiden
<input type="checkbox"/> Epilepsie <input type="checkbox"/> Tuberkulose <input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/> Sonstige: _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Nimmt der Patient regelmäßig Medikamente ein, wenn ja, welche? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hat der Patient Probleme mit der Wirbelsäule? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

	Ja	Nein
Hat der Patient Probleme mit dem Kiefergelenk?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Knirscht der Patient mit den Zähnen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bestehen Kiefergelenkknacken oder -beschwerden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trägt der Patient eine Schiene?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hat der Patient Probleme mit der Nasenatmung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
liegen folgende Symptome oder Erkrankungen vor?		
<input type="checkbox"/> Asthma <input type="checkbox"/> Allergisches Asthma seit wann: _____		
<input type="checkbox"/> Häufige Erkältungen seit wann: _____		
<input type="checkbox"/> Mundatmung <input type="checkbox"/> Schnarchen seit wann: _____		
Hat der Patient eine Allergie oder Heuschnupfen? Wenn ja, wo gegen? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wer ist der Hals-Nasen-Ohrenarzt? Bitte Angabe der Praxis _____		
Wurden Hals-, Nasen-, Ohrenärztliche Operationen durchgeführt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Gaumenmandeln (Entfernung) wann: _____		
<input type="checkbox"/> Rachenmandel („Polypen“) (Entfernung) wann: _____		
<input type="checkbox"/> Nasenscheidewand Korrektur wann: _____		
<input type="checkbox"/> Parazentese (Röhrchen im Trommelfell) wann: _____		
Hat der Patient gelutscht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Liegt eine Fehlgewohnheit im Lippen- oder Zungenbereich vor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Lippenbeißen <input type="checkbox"/> Lippensaugen <input type="checkbox"/> Lippenlecken		
<input type="checkbox"/> Nägelkauen <input type="checkbox"/> Bleistiftkauen <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____		
Liegt ein Sprachfehler und /oder eine Zungenfehlfunktion?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- wurde bereits eine logopädische Behandlung (Sprachtherapie) durchgeführt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hatte der Patient einen Unfall mit Folgen für den Kopf-Hals-Bereich?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- wenn ja, wann? _____ mit Zahnverletzungen? _____		
mit Zahnverlusten oder Kieferbrüchen? _____		
Wurden die Weisheitszähne bereits entfernt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind die Eltern getrennt lebend?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Aufteilung des Sorgerechts: Vater _____ % Mutter _____ %		

Die Krankenversichertenkarte muss bitte bei jedem Besuch in der Praxis mitgebracht werden. Liegt sie uns auch 14 Tage nach der Behandlung nicht vor, so betrachten wir auch gesetzlich versicherte als Privatpatienten und es erfolgt eine Rechnungsstellung nach der GOZ.

Die Rechnungsstellung erfolgt gemäß Gesundheitsgesetzgebung bzw. der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ). Wichtig ist, dass die Regelungen der Kostenerstattung durch private Krankenversicherungen oder durch Beihilfestellen keinesfalls bei der Erstellung einer zahnärztlichen Liquidation berücksichtigt werden können. Die Verschiedenheit der Rechtsbeziehung ist hierfür der Grund. Die Kosten für die privat Zahnärztliche Behandlung werden nicht (auch nicht teilweise) von der gesetzlichen Krankenversicherung übernommen oder erstattet. Soweit auch eine Kostenübernahmeerklärung eines Dritten (z.B. private Krankenversicherung oder Arbeitgeber) nicht vorliegt oder Leistungen in Anspruch genommen werden, die nicht von einer vorliegenden Kostenübernahme umfasst sind, so ist der Patient als Selbstzahler für die Behandlung ganz bzw. teilweise zur Zahlung verpflichtet.

Die AVB, die GOZ und die Hausordnung sind Vertragsbestandteil dieser Behandlung.

Ich bin mit der Anfertigung von diagnostischen Unterlagen, soweit sie für die Behandlung erforderlich sind einverstanden.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die notwendigen Daten in der Praxis gespeichert werden und ggf. an ein Abrechnungszentrum zur Weiterbearbeitung gegeben werden.

Wir sind immer bemüht, Ihnen lange Wartezeiten zu ersparen. Deshalb bitten wir Sie, falls Sie verhindert sind, vereinbarte Termine mindestens 24 Stunden vorher abzusagen. Wir sind berechtigt, nicht eingehaltene Termine auch Mitgliedern der gesetzlichen Krankenversicherung nach der privaten Gebührenordnung (GOZ) in Rechnung zu stellen. Termine, die nicht abgesagt werden, können nur vormittags nachgeholt werden.

Ich bestätige durch meine Unterschrift die Richtigkeit der oben gemachten Angaben.

Bonn, den

Datum & Unterschrift des Erziehungsberechtigten/ Patienten

Dr. Astrid Weller-Bergmann
Fachzahnärztin für Kieferorthopädie
Beethovenallee 58

Telefon: 0228 - 184 73 74
Fax: 0228 - 184 73 75

53173 Bonn

Datenschutzinformation

Sehr geehrte Patientinnen und Patienten,

gemäß der neuen Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) sind wir verpflichtet, Sie zum Thema Datenschutz aufzuklären.

Im Folgenden informieren wir Sie über die bei uns stattfindende Datenverarbeitung. Bitte lesen Sie diese Information aufmerksam durch und kommen bei Fragen hierzu gerne auf uns zu.

Informationen zum praxisinternen Umgang mit der aktuellen Datenschutzgrundverordnung

- In unserer Praxis werden von Beginn an Patientendaten erhoben, verarbeitet und elektronisch gespeichert. Die Schweigepflichtserklärung der Software und Hardware betreuenden Firmen liegt vor.
- Innerhalb unserer Praxis haben alle ärztlichen und nichtärztlichen MitarbeiterInnen den Zugang zu Ihren Patientendaten. Alle MitarbeiterInnen sind zum Datenschutz verpflichtet und haben zu Beginn Ihres Arbeitsverhältnisses in unserer Praxis eine Schweigepflichterklärung unterzeichnet.

Einwilligungserklärung

Verarbeitung personenbezogener Daten, mögliche Zwecke und Rechtsgrundlagen

Im Rahmen der Behandlung werden u.a. Daten zu Ihrer Person und zum Behandlungsverlauf verarbeitet. Verarbeitungen können so auch beispielsweise erfolgen zu den Zwecken der Durchführung interdisziplinärer Konferenzen zur Analyse und Erörterung von Diagnostik und Therapie, zur Vor-, Mit-, Weiterversorgung, der verwaltungsmäßigen Abwicklung (z.B. Abrechnung, Controlling, Erstellung von Arztbriefen/Berichten) und aus Qualitätssicherungsgründen.

Wenn es zu einer Beratung oder Behandlung in unserer Praxis kommt, fordern wir ggf. Ihre Patientendaten bei mitbehandelnden Kollegen an bzw. übermitteln Ihre Patientendaten ggf. an mitbehandelnde oder weiterbehandelnde Kollegen, weil sie von uns bzw. den Kollegen benötigt werden (z.B. im Rahmen eines Konsils oder eines Gutachterverfahrens).

Bei den mitbehandelnden Kollegen kann es sich z.B. um Zahnärzte, Physiotherapeuten, Logopäden, Kieferchirurgen und Kliniken etc. handeln.

Die Übermittlung von Patientendaten kann per Telefon, Fax, Brief oder Email erfolgen.

Die rechtliche Grundlage für die Datenverarbeitung ergibt sich in der Regel aus dem Behandlungsverhältnis. Daneben gibt es unterschiedliche gesetzliche Regelungen, die uns als Praxis eine Verarbeitung der Daten erlauben oder diese anordnen. Ferner sind Verarbeitungen selbstverständlich auch in Fällen zulässig, in denen Sie uns Ihre Einwilligung erklärt haben.

Mögliche Empfänger Ihrer Daten

Ihre Daten werden außerdem, wenn und soweit eine entsprechende Rechtsgrundlage vorliegt, ggf. an Dritte übermittelt. Als derartige Dritte kommen insbesondere in Betracht:

- abhängig von Ihrem Versicherungsstatus gesetzliche Krankenkassen oder private Krankenversicherungen
- Unfallversicherungsträger
- Hausärzte, weiter-, nach- bzw. mitbehandelnde Ärzte
- andere Einrichtungen der Gesundheitsversorgung oder Behandlung (z.B. bei Physiotherapie oder Logopädie)
- externe Datenverarbeiter/Dienstleister (z.B. Align Technology, Ormco, Computer Konrekt)
- Gutachter

Ich willige durch meine Unterschrift in die oben aufgeführten Datenschutzmaßnahmen der Praxis Kieferorthopädie Bad Godesberg ein. Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann. Ich habe diese Mitteilung gelesen und verstanden.

Name, Vorname des Patienten: _____

Geburtsdatum des Patienten: _____

Name, Vorname des Versicherten: _____

Name, Vorname des Erziehungsberechtigten: _____

Ort / Datum

Unterschrift des Patienten / Erziehungsberechtigten / Versicherten