

FACHZAHNÄRZTE FÜR KIEFERORTHOPÄDIE IN MOERS

Dr. Klaus Friesen ▪ Petra Bleifuss ▪ Dr. Antaç Sürkan



KIEFERORTHOPÄDEN

Patientenbogen für Kinder

Herzlich willkommen

bei den Fachzahnärzten für Kieferorthopädie in Moers! Wir möchten uns mit Ihnen in Ruhe über Ihre kieferorthopädischen Wünsche unterhalten und Sie umfassend beraten. Dazu benötigen wir für den Beratungstermin neben Ihren Personalien auch medizinische Auskünfte. Wir nehmen Ihre Angaben selbstverständlich diskret entgegen.

Patient

Name: Vorname:
Geburtsdatum: Straße, Nr.:
PLZ/Ort: Krankenkasse:

Versicherter / Erziehungsberechtigter

Name:
Vorname:
Geburtsdatum:
Straße:
PLZ/Ort:
Tel. privat:
Mobil:
E-Mail privat:
Beruf:
Arbeitgeber:
Tel. gesch.:

weiterer Erziehungsberechtigter

Name:
Vorname:
Geburtsdatum:
Straße:
PLZ/Ort:
Tel. privat:
Mobil:
E-Mail privat:
Beruf:
Arbeitgeber:
Tel. gesch.:

Versicherungsart

- gesetzl. versichert freiwillig versichert privat voll-versichert Beihilfe
 Basistarif einer privaten Versicherung Zusatzversicherung für Kieferorthopädie

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

- Bekannte / Verwandte Werbung (Anzeige Tagespresse/Fachzeitschrift etc.) Praxishomepage www.kieferorthopaede.de
 Arzt / Zahnarzt Internet (Arzt- oder Gesundheitsportale) Sonst.:

Anamnesebogen für Kinder

Ärztliche Behandlung

Steht Ihr Kind zurzeit in ärztlicher Behandlung? ja nein

Wenn ja, wegen welcher Erkrankung?

Wer ist Ihr Hausarzt? (Name, Adresse und Telefonnummer)

Wer ist Ihr Zahnarzt? (Name, Adresse und Telefonnummer)

Bestehen allgemeinmedizinische Erkrankungen (z.B. Herz-, Kreislauferkrankungen, Gerinnungsstörungen, Diabetes oder andere Erkrankungen) oder Infektionskrankheiten (z.B. Hepatitis)?

ja nein

Wenn ja, welche?

Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein?

ja nein

Wenn ja, welche und wozu?

Bestehen Allergien, Unverträglichkeiten oder der Verdacht einer Überempfindlichkeit gegen Materialien oder Medikamente?

ja nein

Wenn ja, welche?

Besitzt Ihr Kind einen Allergiepass?

ja nein

Fragen zur Röntgenuntersuchung

Wurde Ihr Kind im letzten Jahr im Kopf-, Kiefer- oder Zahnbereich geröntgt?

ja nein

Wenn ja, welches Körperteil?

Hinweis: Unsere modernen Geräte gewährleisten eine möglichst geringe Strahlendosis.

Besitzt Ihr Kind einen Röntgenpass?

ja nein

Bei Mädchen: Besteht derzeit eine Schwangerschaft?

ja nein

Fragen aus kieferorthopädischen Gründen

Wurde schon einmal kieferorthopädisch behandelt oder beraten?

ja nein

Wenn ja, bei welchem Arzt?

Wurde die Behandlung abgebrochen?

ja nein

Bestehen Kiefergelenksbeschwerden oder -knacken?

ja nein

Bestehen häufig Kopfschmerzen, Schmerzen im Gesichtsbereich oder beim Kauen?

ja nein

Welche?

Besteht oder bestand Zähneknirschen oder Zähnepressen?

ja nein

Gab es Unfälle mit Beteiligung der Zähne oder des Kiefers?

ja nein

Wenn ja, welche?

Besteht Mundatmung oder häufige Erkältung oder Schnarchen?

ja nein

Was?

War Ihr Kind bereits in Behandlung bei einem Hals-Nasen-Ohrenarzt? ja nein

Wenn ja, was wurde gemacht? Mandeln wurden entfernt Polypen wurden entfernt

Sonstiges:

Bestand oder besteht Zungenpressen, Lippenbeißen, Nägelkaugen, Bleistiftkaugen? ja nein

Bis wann?

Waren oder sind Geschwister in unserer Praxis in kieferorthopädische Behandlung? ja nein

Name des Geschwisterkindes:

Liegen ähnliche Fehlstellungen in der Familie vor? ja nein

Welche und bei wem?

Besteht ein Sprachfehler (z.B. Lispeln) oder wurde bereits eine logopädische Behandlung durchgeführt? ja nein

Wenn ja, wann?

Bestand oder besteht Daumenlutschen oder wurde/wird noch ein Schnuller genommen? ja nein

Wenn ja bis wann?

Mundhygiene

Wie oft putzt Ihr Kind seine Zähne? mal täglich

Geht Ihr Kind zur regelmäßigen Individualprophylaxe (IP)? ja nein

Wenn ja, wie oft?

Helfen Sie uns Sie besser kennen zu lernen

Warum sind Sie zu uns gekommen und was können wir für Sie tun?

Terminerinnerung

Möchten Sie rechtzeitig an Ihre Termine erinnert werden?

Gerne bieten wir Ihnen unseren kostenfreien [SMS-Service für Terminerinnerungen](#) an.

ja nein

Mobilfunknummer

Vielen Dank für Ihre Mithilfe.

Wir werden uns bemühen Ihren Aufenthalt bei uns so angenehm wie möglich zu gestalten.

Diese Angaben sind für eine vertrauensvolle Zusammenarbeit wie auch eine sachgerechte medizinische Behandlung erforderlich. Ihre Angaben werden streng vertraulich behandelt. Sie unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht gemäß § 203 des Strafgesetzbuches sowie den strengen Bestimmungen des Datenschutzgesetzes. Nur im Rahmen der Zusammenarbeit mit einer Abrechnungsgesellschaft werden abrechnungsspezifische Daten an diese weitergegeben.

Moderne Kieferorthopädie bedarf, wie alle medizinischen Bereiche, der Teamarbeit. Daher werden Teilleistungen auch von aus- und fortgebildeten Zahnarzthelferinnen nach vorheriger individueller Anordnung durch den Kieferorthopäden und unter dessen Aufsicht, Überwachung und Kontrolle erbracht. Wir möchten Sie bitten, vorhandene Röntgenaufnahmen des Kieferbereichs mitzubringen.

Beratungsbogen für Kinder

Einwilligungserklärung / Schweigepflichtentbindungserklärung

Sehr geehrter Patient, sehr geehrte Patientin,

die PVS rhein-ruhr GmbH (PVS), Remscheider Str. 16, 45481 Mülheim wird die Abrechnung der ärztlichen/therapeutischen Leistungen vornehmen, die Rechnung erstellen und die Honorarforderung bei Ihnen einziehen.

Die PVS ist als eigenständiges Unternehmen Teil der Unternehmensgruppe PVS holding GmbH, die zugleich deren Muttergesellschaft ist. Die Muttergesellschaft übernimmt im Auftrag der PVS die Buchhaltung, stellt die EDV-Infrastruktur bereit samt Wartung und Pflege sowie den Druck und Versand der Post. Die PVS steht Ihnen im Rahmen der hierfür notwendigen Datenverarbeitung als datenschutzrechtliche Verantwortliche zur Wahrung Ihrer Rechte und für Rückfragen zur Verfügung.

Die Mitarbeiter der vorgenannten Unternehmen sind Berufsgeheimnisträger und unterliegen der beruflichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes wie ein Arzt.

Die Honorarforderungen werden treuhänderisch an die PVS abgetreten. Die PVS erstellt die Rechnung im eigenen Namen, zieht die Honorarforderung auf eigene Rechnung ein und steht Ihnen als Ansprechpartnerin zur Verfügung. Dabei unterliegt die PVS bis zur endgültigen Bezahlung auch zur Höhe der Honorarforderung den Weisungen des Leistungserbringers, welcher insoweit Herr des Verfahrens bleibt.

Mit Ihrer Unterschrift willigen Sie in die Abtretung der Honorarforderung und in die Datenverarbeitung zwecks Rechnungserstellung, Forderungseinzug und zur Auswertung der ärztlichen Arbeit ein. Ihre persönlichen Behandlungsdaten, wie Anschrift, Geburtsdatum, Kostenträger, evtl. Tarife, Behandlungstage, erbrachte Leistungen nach der Gebührenordnung und dazugehörige Diagnosen werden hierzu an die oben genannten PVS-Unternehmen übermittelt. Die Behandlung ist natürlich nicht von dieser Einwilligung abhängig. Sie können auch einzelne Behandlungen von dieser Erklärung ausnehmen. Dann müsste der Leistungserbringer selbst die Abrechnung vornehmen. Nachteile entstehen Ihnen hierdurch nicht.

Sie können Ihre Einwilligung mit Wirkung für die Zukunft jederzeit widerrufen. Bis zum Zeitpunkt des Widerrufs erfolgte Datenverarbeitungen bleiben rechtmäßig. Ihre Daten dürfen dann noch insoweit weiter verarbeitet werden, wie dies aufgrund gesetzlicher Vorschriften erforderlich ist. Der Widerruf kann gegenüber dem Leistungserbringer oder der PVS mittels schriftlicher Erklärung unter Angabe Ihres Namens und Anschrift (ggf. Rechnungsnummer) geschehen. Auch hierdurch entstehen Ihnen keine Nachteile.

Weitergehende Informationen zum Thema Datenschutz bei der PVS und zu Ihren Rechten erfahren Sie unter: www.ihre-pvs.de/datenschutz

Hiermit willige ich in die Datenverarbeitung durch die PVS zu den vorgenannten Zwecken ein und entbinde insoweit den Leistungserbringer und dessen berufsmäßige Gehilfen zugleich von der ärztlichen Schweigepflicht.

Datum

✕ Unterschrift d. gesetzl. Vertreters

Unterschrift Patient (ab dem 12. Lebensjahr)

Für gesetzlich versicherte Patienten

Ihre Krankenversicherung verlangt, dass die Krankenversicherungskarte einmal im Quartal zum Praxisbesuch mitgebracht werden soll. Liegt die Versichertenkarte innerhalb von 14 Tagen nach der Behandlung (bzw. zur Rechnungsstellung) nicht vor, so muss die Behandlung als Privatbehandlung betrachtet werden und eine entsprechende Privatrechnung nach GOZ (Gebührenordnung für Zahnärzte) zugestellt werden.

Für alle Patienten

Bestellpraxis: Hinweis zur Organisation

Wir sind immer bemüht, Ihnen lange Wartezeiten zu ersparen. Deshalb bitten wir Sie, vereinbarte Termine mindestens 48 Stunden vorher abzusagen, falls Sie verhindert sind.

Ich bestätige hiermit diesen Anmeldebogen sorgfältig gelesen zu haben und die Fragen nach meinem besten Wissen und wahrheitsgemäß beantwortet zu haben.

Datum

(Name und Vorname in Druckbuchstaben)

✕ Unterschrift d. gesetzl. Vertreters

(Name und Vorname in Druckbuchstaben)

Unterschrift Patient (ab dem 12. Lebensjahr)