



Patientenbogen Erwachsene

Herzlich willkommen in der **Fachpraxis für Kieferorthopädie Dr. Lothar Speth in Hamm**. Wir möchten uns mit Ihnen in Ruhe über Ihre kieferorthopädischen Wünsche unterhalten und Sie umfassend beraten. Dazu benötigen wir zu Ihrem nächsten Termin neben Ihren Personalien, Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Ihre Angaben werden streng vertraulich behandelt. Sie unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht gemäß §203 des StGB sowie den strengen Bestimmungen des Datenschutzes.

Name:	<input type="text"/>	PLZ/Ort:	<input type="text"/>
Vorname:	<input type="text"/>	Tel. Nr.:	<input type="text"/>
Geburtsdatum:	<input type="text"/>	Mobil:	<input type="text"/>
Straße, Nr.:	<input type="text"/>	Krankenkasse: (Name und Ort)	<input type="text"/>
E-Mail:	<input type="text"/>		<input type="text"/>

Versicherungsart

- gesetzlich versichert Beihilfe privat voll-versichert
- Basistarif einer privaten Versicherung freiwillig versichert

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

- Empfehlung von:** Bekannte / Verwandte: _____ Name _____ Arzt/ Zahnarzt: _____ Name _____
- Werbung (Anzeige, Tagespresse/Fachzeitschrift etc.) Gelbe Seiten zus. informiert auf www.praxis-speth.de
- Internet:** Google Arzt- oder Gesundheitsportale, welche? _____
- Sonstiges: _____

Für gesetzlich versicherte Patienten:

Ihre Krankenversicherung verlangt, dass die Krankenversicherungskarte zu jedem Praxisbesuch mitgebracht werden soll. Liegt die Versicherungskarte innerhalb von 14 Tagen nach Behandlung (bzw. Rechnungsstellung) nicht vor, so muss die Behandlung als Privatbehandlung betrachtet werden und eine entsprechende Rechnung nach GOZ (Gebührenordnung für Zahnärzte) zugestellt werden.

Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten bzw. die Daten des Patienten per EDV gespeichert werden und ggf. an eine Abrechnungsgesellschaft weitergeleitet werden. Im Falle einer Praxis- Übergabe oder im Falle der Beschäftigung eines Vertreters bin ich damit einverstanden, dass die Karteikarte mit den persönlichen Daten auf den Nachfolger bzw. Praxisvertreter übergeben wird. Ich bin damit einverstanden, dass meine persönlichen Daten, soweit sie für die Abrechnung der von mir in Anspruch genommenen Leistungen von Bedeutung sind, von dem mich behandelnden Arzt/Krankenhaus im Falle des Zuzahlungsverzugs zum Zweck des Forderungseinzugs an einen Dritten (Inkassounternehmen) weitergegeben werden.

Datum

Unterschrift



Patientenbogen Erwachsene

Ärztliche Behandlung

- Stehen Sie zurzeit in ärztlicher Behandlung? Ja Nein
 Wenn ja, wegen welcher Erkrankung?
- Wer ist Ihr Hausarzt? (Name)
- Wer ist Ihr Zahnarzt? (Name)
- Ich bin damit einverstanden, dass mein behandelnder Zahnarzt über die geplanten kieferorthopädischen Maßnahmen und den Verlauf der Behandlung informiert wird. Ja Nein
- Bestehen allgemeinmedizinische Erkrankungen (z. B. Herz-, Kreislauferkrankungen, Gerinnungsstörungen, Diabetes oder andere Erkrankungen) oder Infektionskrankheiten (wie Hepatitis)? Ja Nein
 Wenn ja, welche?
- Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Ja Nein
 Wenn ja, welche?
- Bestehen Allergien oder Unverträglichkeiten oder der Verdacht einer Überempfindlichkeit gegen Materialien oder Medikamente? Ja Nein
 Wenn ja, welche?
- Besitzen Sie einen Allergiepass? Ja Nein
- Wurde oder wird eine physiotherapeutische oder osteopathische Behandlung durchgeführt? Ja Nein

Fragen zur Röntgenuntersuchung

- Wurden Sie im letzten Jahr im Kopf-, Kiefer- oder Zahnbereich geröntgt? Ja Nein
 Wenn ja, wann genau und bei wem?
- Bei Frauen: Besteht derzeit eine Schwangerschaft? Ja Nein

Fragen aus kieferorthopädischen Gründen

- Wurde schon einmal kieferorthopädisch behandelt? Ja Nein
 Wenn ja, bei welchem Arzt?
- Wurde die Behandlung planmäßig abgeschlossen? Ja Nein
- Bestehen Kiefergelenksbeschwerden oder -knacken? Ja Nein
- Bestehen häufig Kopfschmerzen, Schmerzen im Gesichtsbereich oder beim Kauen? Ja Nein
- Besteht oder bestand Zähneknirschen oder Zähnepressen? Ja Nein
- Gab es Unfälle mit Beteiligung der Zähne oder des Kiefers? Ja Nein
- Besteht eine Mundatmung? Ja Nein
- Besteht häufig eine Erkältung? Ja Nein
- Schnarchen Sie? Ja Nein
- Bestand oder besteht Zungenpressen, Lippenbeißen, Nägelkauen, Bleistiftkauen? Ja Nein
 Bis wann?
- Besteht ein Sprachfehler (z.B. Lispeln) oder wurde bereits eine logopädische Behandlung durchgeführt? Ja Nein
 Wenn ja, wann?

Nach den Richtlinien unter Punkt 5 (Kieferorthopädie) Abs. 4 des Bundesausschusses der Zahnärzte und gesetzlichen Krankenkassen vom 01. Januar 2004 gehören kieferorthopädische Behandlungen bei Versicherten, die zu Beginn der Behandlung das 18. Lebensjahr vollendet haben, nicht zur Vertragszahnärztlichen Versorgung.

Dem Unterzeichner ist bekannt, dass er nach vorheriger Abklärung, für Kosten im Rahmen der Beratung oder Behandlung, die nicht von der Krankenkasse oder Beihilfe übernommen werden, selber aufkommen muss. Unsere Praxis wird nach dem Bestellsystem geführt, um Ihnen längere Wartezeiten zu ersparen. Wir reservieren Ihnen bei entsprechenden Behandlungen z.T. mehrere Stunden. Das bedeutet natürlich Leerlauf für uns, wenn Sie Ihren Termin nicht einhalten. Um Ihnen und uns Ärger zu ersparen, bitten wir darum, alle Termine pünktlich einzuhalten und im Falle einer Verhinderung rechtzeitig (spätestens 24 Stunden vor dem Termin) abzusagen. Bei wichtigen, dringenden Fragen können Sie uns selbstverständlich auch telefonisch erreichen.

Hiermit bestätige ich, diesen Anmeldebogen sorgfältig durchgelesen zu haben, sowie die Fragen nach meinem besten Wissen wahrheitsgemäß beantwortet zu haben. Über Änderungen werde/n ich/wir die Praxis sofort in Kenntnis setzen.

Datum

Unterschrift