

## Erhebungsbogen für das kieferorthopädische Erstberatungsgespräch

Liebe Patienten, liebe Eltern,  
bevor wir Sie zu dem vereinbarten Beratungsgespräch in unserer Praxis begrüßen dürfen, möchten wir Sie bitten, folgende Fragen zu beantworten und die folgenden Hinweise zu lesen. Dieser Erhebungsbogen wird Ihren persönlichen Unterlagen beigelegt. Alle Angaben sind freiwillig. Selbstverständlich unterliegen diese Angaben der ärztlichen Schweigepflicht und dem Datenschutzgesetz, mit der Einschränkung, dass wir üblicherweise die Mitbehandler (Hauszahnärzte, Kieferchirurgen etc.) über Befunde und Röntgenbilder informieren, um einen reibungsfreien Behandlungsablauf zu gewährleisten, falls Sie dies nicht ausdrücklich ablehnen. Bei eventuellen Rückfragen stehen wir Ihnen gern zur Verfügung.

### I. Patientenangaben

Familienname des Patienten: \_\_\_\_\_

Vorname des Patienten: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum des Patienten: \_\_\_\_\_

Anschrift des Patienten: \_\_\_\_\_

Ihre Telefonnummer lautet: privat: \_\_\_\_\_ mobil: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Meine/unsere Daten dürfen für das praxisinterne Recallsystem (z.B. Terminerinnerungen) verwendet werden  Ja  Nein

Erziehungs- bzw. Sorgeberechtigter: \_\_\_\_\_

Wie heißt der Zahnarzt des Patienten? \_\_\_\_\_

Wurde der Patient von ihm zu uns geschickt?  Ja  Nein

Was hat Sie bewegt, einen Termin mit uns zu vereinbaren? \_\_\_\_\_

War der Patient schon einmal in kieferorthopädischer Behandlung?  Ja  Nein

Name des Behandlers: \_\_\_\_\_

Wann fand die Behandlung statt? \_\_\_\_\_

### II. Angaben zur Versicherung

Name der Krankenkasse/Versicherung: \_\_\_\_\_

Name des Versicherten: \_\_\_\_\_

Vorname des Versicherten: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_ Arbeitgeber: \_\_\_\_\_

geschäftlich erreichbar: \_\_\_\_\_

Rechnungsempfänger/ Adresse: \_\_\_\_\_

(falls abweichend) \_\_\_\_\_

Sind Sie bzw. Ihr Kind:  pflichtversichert  Zahnzusatzversicherung mit Leistungsbereich Kieferorthopädie

freiwillig versichert

privat versichert

BE-Tarif (Beihilfeergänzungstarif/Kieferorthopädie)

Beihilfeberechtigt

anderer Tarif: \_\_\_\_\_

Bund oder  Land

bitte kreuzen Sie dieses Feld nur an, wenn Sie bei folgenden privaten Krankenversicherungen versichert sind:

- Debeka Krankenversicherungsverein a.G
- Landeskrankenhilfe V.V. a.G
- Postbeamtenkrankenkasse
- Hallesche Krankenversicherung
- INTER Versicherung
- HUK

**Bitte Rückseite beachten!!!**

Sollte der Patient an einer der folgenden Erkrankungen leiden, bitten wir Sie, uns darüber zu informieren:

		ja	nein
<b>Infektionskrankheiten:</b>	Leberentzündung/Gelbsucht (Hepatitis A, B oder C).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Tuberkulose .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	andere Infektionskrankheiten.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	wenn ja, welche: _____		
<b>Immunsystem:</b>	Leiden Sie unter Erkrankungen des Immunsystems? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	wenn ja, welche: _____		
<b>Sonstige Erkrankungen:</b>	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	wenn ja, welche: _____		
<b>Wurden Sie (Patient)</b>	innerhalb der letzten 12 Monate geröntgt (Kopfbereich) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	wenn ja, bei welchem Arzt/Zahnarzt: _____		
<b>Besteht z. Zt. eine Schwangerschaft</b> .....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### III. Hinweise

Mit der Unterschrift bestätigen Sie die Richtigkeit der Angaben sowie den Erhalt folgender Informationen:

- Unsere Praxis übernimmt bei bereits bestehenden Behandlungsverträgen (aus Berlin und nahem Umland) zwischen anderen Kieferorthopäden und Ihrer Versicherung kieferorthopädische Behandlungen nur auf privatärztlicher Grundlage. Damit haben Sie keinen Anspruch auf Erstattung der Leistungen gegenüber Ihrer gesetzlichen Krankenversicherung. Behandlerwechsel infolge eines Umzuges, insbesondere aus anderen Bundesländern, sind selbstverständlich möglich.**
- Wir bitten Sie, uns Adressänderungen, Kassenwechsel, etc. schriftlich mitzuteilen.
- Die Behandlung gesetzlich versicherter Erwachsener stellt eine reine Privatleistung dar und wird von den gesetzlichen Krankenkassen nicht bezuschusst! (Ausnahme: kombinierte kieferorthopädische/kieferchirurgische Therapie bei Zahn und Kieferfehlstellung mit hohem Schwierigkeitsgrad).
- Ihre Daten werden von uns computertechnisch erfasst und unterliegen dem Datenschutz. Weiterreichende Informationen entnehmen Sie bitte unserer Datenschutzrichtlinie. Dieser erhalten Sie am Empfang oder einsehbar auf unserer Homepage.

Datum: ..... Unterschrift: \_\_\_\_\_  
Patient / Erziehungs- bzw. Sorgeberechtigter

#### Einverständniserklärung:

- Recall, Terminerinnerung per Brief/Postkarte, E-Mail, Telefon, SMS

Des Weiteren stimme ich zu, dass

- ich oder mein Kind namentlich im Wartebereich angesprochen werden kann.
- bei medizinisch rechtfertigender Indikation (lt. § 119 - Strahlenschutzverordnung (StrlSchV)) Röntgenbilder auch in Abwesenheit von erziehungsberechtigten Personen angefertigt werden dürfen.

**Ihre Einverständniserklärung kann jederzeit schriftlich gegenüber der Praxis widerrufen werden.**

Datum: ..... Unterschrift: \_\_\_\_\_  
Patient / Erziehungs- bzw. Sorgeberechtigter

**Vielen Dank! Wir hoffen, dass Sie sich in unserer Praxis immer wohl fühlen und freuen uns auf eine gute Zusammenarbeit!**

Ihr Praxisteam der Zahnbewegung.Berlin