

Fragebogen für Beratungspatienten/-patientinnen

Patient*in weiblich männlich divers

Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____ Beruf: _____

PLZ/Wohnort: _____ Straße/Nr: _____ Telefon/Mobil: _____ E-Mail: _____

Versicherte*r weiblich männlich divers

Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____ Beruf: _____

PLZ/Wohnort: _____ Straße/Nr: _____ Telefon/Mobil: _____ E-Mail: _____

Krankenkasse und Geschäftsstelle:

Pflichtversichert Freiwillig versichert Privat versichert Privat versichert Basistarif Beihilfe versichert Private Zusatzversicherung

Zahnarzt/Zahnärztin: _____ Hausarzt/Hausärztin: _____

Empfohlen/Überwiesen durch: _____

Erbrachte Leistungen, die durch die Kasse nicht finanziell abgesichert sind, gehen zu Lasten des/der Patienten/Patientin. Er/Sie ist verpflichtet, die Frage der Kostenübernahme mit seinem/ihrem Versicherungsgeber zu regeln, und sich über Dauer und Art der finanziellen Unterstützung zu informieren.

Wünschen Sie eine kieferorthopädische Behandlung und sollen dafür die erforderlichen diagnostischen Unterlagen und der Behandlungsplan erstellt werden? Nein Ja

Wurde der/die Patient*in schon kieferorthopädisch behandelt? Nein Ja

Wurden/werden Geschwister kieferorthopädisch behandelt? Nein Ja

Hat der/die Patient*in Daumen oder Schnuller gelutscht? Nein Ja
Lutscht der/die Patient*in jetzt noch? Nein Ja
Hat der/die Patient*in Beschwerden beim Kauen? Nein Ja
Beißt der/die Patient*in auf Lippen oder Zunge? Nein Ja
Schläft der/die Patient*in mit offenem Mund? Nein Ja
Knirscht der/die Patient*in mit den Zähnen? Nein Ja
Hat/hatte der/die Patient*in einen Sprachfehler? Nein Ja
Wird/wurde der/die Patient*in deswegen behandelt? Nein Ja
Wurden Mandeln oder Polypen entfernt? Nein Ja
Wann? _____

Ja
Hatte der/die Patient*in Unfälle mit Zahnbeteiligung? Nein Ja
Was? _____
Werden regelmäßig Medikamente eingenommen? Nein Ja
Welche? _____
Besteht eine Allergie? Nein Ja
Welche? _____
Hat der/die Patient*in schwerwiegende Krankheiten? Nein Ja
 Asthma Diabetes Herzfehler Ohrenkrankheiten
 Bluter Epilepsie Hepatitis Tuberkulose HIV
 Andere Krankheiten: _____

Gemäß der Röntgenverordnung vom 01.07.2004 beantworten Sie bitte folgende Fragen

Wurde der/die Patient*in schon einmal geröntgt? Nein Ja
Wann? _____
Werden/wurden Röntgenbestrahlungen durchgeführt? Nein Ja

Waren es Untersuchungen der Zähne oder Kiefer? Nein Ja
Sind Sie schwanger? Nein Ja

Alle Angaben sind streng vertraulich und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Nach § 4a Bundesdatenschutz-gesetz und §9 Abs. 4 MBO sind alle Ärzte/Ärztinnen der fachübergreifenden Gemeinschaftspraxis untereinander von der Schweigepflicht befreit, da von den jeweils anwesenden Kollegen/Kolleginnen behandelt wird.

Wird eine kieferorthopädische Behandlung notwendig, bin ich mit den erforderlichen diagnostischen Maßnahmen (z.B. Abdrücke, Röntgenbilder, Gesichtsfotos, Fotos der Zähne) einverstanden.

Ich verpflichte mich, eintretende Änderungen während der gesamten Behandlungsdauer mitzuteilen.

Für die Richtigkeit der Angaben:

Einverständniserklärung zur Erhebung/Übermittlung von Patientendaten gem. DSGVO Art. 13

Wir erheben, verarbeiten und nutzen die personenbezogenen Daten unserer Patienten bzw. deren Eltern/-Sorgeberechtigten entsprechend der gesetzlichen Bestimmungen zum Zweck der KFO-Behandlung, Dokumentation und Abrechnung.

Eine vollständige Datenschutzerklärung unserer Praxis gemäß DSGVO Art 13 finden Sie ausgehängt in unserem Wartezimmer.

Entbindung der ärztlichen Schweigepflicht nach § 73 Abs. 1 b SGB V

Ich erkläre mich einverstanden, dass mein behandelnder Kieferorthopäde Gem. Dr. Boris Sonnenberg und Kollegen, mich betreffende Behandlungsdaten/Befunde bei anderen Ärzten und Leistungserbringern zum Zwecke der Dokumentation und weiteren Behandlung anfordert/übermittelt.

Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann.

