



kieferorthopädie für alle
nachhaltig. schön. gesund.



Herzlich willkommen in einer innovativen kieferorthopädischen Fachpraxis

Bevor wir uns in Ruhe über Ihre kieferorthopädischen Wünsche oder Sorgen unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalia auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine bedarfsgerechte Behandlung. Alle Angaben unterliegen soweit nicht anders vereinbart der ärztlichen Schweigepflicht. Mit Ihrer Unterschrift erklären Sie Ihr Einverständnis, die diagnostischen Unterlagen in dieser Praxis für die Erstellung des Heil- und Kostenplanes anfertigen zu lassen.
Ihr Praxisteam Dr. Andreas Köneke und Kollegen

Patientin/ Patient

Name _____ Vorname _____ geb. _____

Versicherte Person

Beruf

Anschrift

Straße _____ Nr. _____ Tel. privat/ tagsüber _____ eMail _____

PLZ _____ Ort _____

| | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> gesetzlich versichert <input type="checkbox"/> privat zusatz-versichert | <p>Mir ist bekannt, dass ich im Interesse eines guten kieferorthopädischen Behandlungsergebnisses alle Bausteine einer modernen, ganzheitlichen und umfassenden kieferorthopädischen Behandlung, die ganz oder teilweise nicht von meiner Krankenkasse übernommen werden, gesondert und privat vereinbaren kann. Es sollen nur solche Leistungen privat erbracht werden, die ich im Einzelfall ausdrücklich wünsche. Wünsche ich eine angeratene Leistung nicht, entbinde ich meinen Kieferorthopäden von der Pflicht, die sich hieraus möglicherweise ergebenden Probleme zu verantworten. Die Erstattung von nicht durch die Kasse erstattungsfähigen Leistungen ist bei geeigneter Zusatzversicherung möglich.</p> |
| <input type="checkbox"/> privat versichert <input type="checkbox"/> beihilfeberechtigt | <p>Rechnungstellung direkt an den Versicherten, Rückerstattung durch entsprechende Voll-Versicherung möglich. Bei „Basistarif“-Versicherung erstattet die Versicherung nur einen Teil des Rechnungsbetrags. Hierüber wurde ich informiert.</p> |
| Krankenkasse/ Versicherung: _____ | |

Für gesetzlich versicherte Patienten

Bitte halten Sie die Krankenversichertenkarte bei jedem Besuch in der Praxis bereit. Liegt sie uns auch 14 Tage nach der Behandlung nicht vor, so betrachten wir Sie als Privatpatient und Sie erhalten eine Rechnung nach der GOZ (private Gebührenordnung für Zahnärzte).

Bestellpraxis

Wir sind immer bemüht, Ihnen lange Wartezeiten zu ersparen. Deshalb bitten wir Sie, vereinbarte Termine mindestens 24 Stunden vorher abzusagen, falls Sie verhindert sind. Wir sind berechtigt, geplante Leistungen von nicht eingehaltenen Terminen auch Mitgliedern der gesetzlichen Krankenversicherung privat in Rechnung zu stellen. **Versäumte, nicht rechtzeitig abgesagte Termine werden daher je angefangene für diesen Termin geplante ¼ h Behandlungszeit mit mindestens 25 € in Rechnung gestellt** (gemäß Urteil des AG Berlin-Neukölln, Az.: C 179/04).

Einverständniserklärung zur Verwendung diagnostischer Unterlagen

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass alle von mir/ meinem Kind in der Praxis Dr. Köneke und Kollegen angefertigten diagnostischen Unterlagen incl. Fotos bei Bedarf zu wissenschaftlichen Zwecken und zu Zwecken der Aus-, Fort- und Weiterbildung verwendet werden dürfen.

Abrechnungsmodalitäten und Datenschutz

Ich erteile der Praxis Dr. Köneke und Kollegen die Ermächtigung die Rechnungslegung für alle bestehenden und zukünftigen Forderungen durch ein Abrechnungsunternehmen durchführen zu lassen und zur Absicherung bei Zahlungsverzug die Ermächtigung zur Einholung von Bonitäts-Auskünften (Schufa o.ä.). Werden weitere Behandler in die Praxis aufgenommen oder übernimmt ein Dritter die Praxisführung, so bin ich mit der Übergabe der Behandlungsunterlagen sowie mit der Übertragung der Liquidierung an diese Person oder Gesellschaft einverstanden. Ich bin damit einverstanden, dass vertrauliche Behandlungsinhalte zur kollegialen fallbezogenen Kommunikation mit anderen an meiner Behandlung bzw. an der Behandlung meines Kindes beteiligten Ärzten, Zahnärzten und Heilhilfsberuflern ausgetauscht werden dürfen.

Behandlungsdurchführung

Ich wünsche die Anfertigung der Befundunterlagen einschließlich der erforderlichen Röntgenbilder und die Therapieplanung sowie -durchführung in der Praxis Dr. Köneke und Kollegen in Einzel- oder Kollektivbehandlung nach Maßgabe des Behandlers. Ich bin über eventuell entstehende Kosten im Rahmen der kieferorthopädischen Beratung, Befundung und Behandlungsdurchführung aufgeklärt und habe vor Unterzeichnung dieses Formulars Gelegenheit gehabt, diesbezügliche Fragen zu klären und trage alle Kosten, soweit sie von meiner Krankenkasse oder Versicherung nicht oder vorläufig nicht übernommen werden, selbst.

Risiken und Nebenwirkungen einer kieferorthopädischen Behandlung

Eine kieferorthopädische Behandlung kann wie jede medizinische Heilbehandlung Risiken und Nebenwirkungen haben. Daher werde ich vor Behandlungsbeginn einen entsprechenden Aufklärungsbogen von meinem Behandler anfordern, falls ich ihn nicht automatisch erhalte.



Ort, Datum und Unterschrift des Patienten bzw. eines gesetzlichen Vertreters

Aufnahmebogen

Patient:

| | | |
|---|-----|-----|
| | ZA: | HA: |
| Wer ist der behandelnde Zahnarzt (ZA), wer der Hausarzt (HA)? | | |
| Von wem wurde Ihnen meine Praxis empfohlen? | | |
| Medikamente Welche Medikamente werden regelmäßig eingenommen? | | |
| Allergien Existiert ein Allergiepaß? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Gegen welche Materialien oder Medikamente besteht der Verdacht einer Überempfindlichkeit? | | |
| vegetative Erkrankungen Vorkommnis von Ohnmachtsanfällen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | | |
| Erkrankungen des Nervensystems Vorkommnis epileptoformer Anfälle oder Krämpfe? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | | |
| Bluterkrankungen Liegt eine Blutungsneigung vor? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | | |
| Infektionskrankheiten Besteht/ bestand eine Leberentzündungen/Gelbsucht (Hepatitis) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> ausgeheilt <input type="checkbox"/> nein Tuberkulose <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> ausgeheilt <input type="checkbox"/> nein Wurde jemals ein Aidsstest durchgeführt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn ja mit welchem Ergebnis? | | |
| Andere Erkrankungen (z.B. Parodontitis, AD(H)S, Schilddrüsenfunktionsstörung, Diabetes, Übergewicht, Herzerkrankung etc.) Bestehen oder bestanden andere Erkrankungen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn ja, welche? | | |
| Röntgen Wurde in den letzten 12 Monaten im Kopf-Kiefer-Zahnbereich geröntgt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn ja, bei welchem Arzt, welche Aufnahmen? | | |
| War die Geburt schwierig? Schreikind, Schlafstörungen, Kaiserschnitt, Zange, Sauglocke etc.? <input type="checkbox"/> ja, und zwar: <input type="checkbox"/> nein | | |
| Besteht eine Schwangerschaft <input type="checkbox"/> ja, Monat: <input type="checkbox"/> nein | | |

Weitere wichtige Informationen zur Behandlungsplanung

| | | |
|---|------------------------------|-------------------------------|
| Erfolgte bereits eine Untersuchung bei einem Kieferorthopäden? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Wurde schon eine kieferorthopädische Behandlung durchgeführt? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Wenn ja, bei welchem Arzt, welche Therapie? | | |
| Wird ein Blasinstrument gespielt? Wenn ja: welches? | <input type="checkbox"/> ja: | <input type="checkbox"/> nein |
| Unfall/ Schleudertrauma. Wenn ja, wann? | <input type="checkbox"/> ja: | <input type="checkbox"/> nein |
| Wurden Zähne oder Kiefer verletzt? Wenn ja: bitte genaue Angabe | <input type="checkbox"/> ja: | <input type="checkbox"/> nein |
| Operationen Kopf, Hals, Rücken, Becken, Bein, Knie, Fuß? | <input type="checkbox"/> ja: | <input type="checkbox"/> nein |
| Bestehen Kiefergelenkschmerzen? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Besteht Kiefergelenkknacken? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Erkrankungen der Wirbelsäule oder des Bewegungsapparates, Tinnitus, Kopfschmerzen, Migräne oder Nackenverspannungen? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Wenn ja, bei welchem Arzt in Behandlung, welche Therapie? | | |
| Bestehen seelische Belastungen oder Stress-Situationen? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Schlafgewohnheit: Lage: <input type="checkbox"/> Bauch <input type="checkbox"/> Seite <input type="checkbox"/> Rücken. Schnarchen: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein. <input type="checkbox"/> offener Mund <input type="checkbox"/> geschlossener Mund | | |
| Gibt es in der Verwandtschaft Gebissunregelmäßigkeiten? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Bestehen Einschränkungen in der Nasenatmung? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Wurden die Mandeln entfernt? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Wurden Polypen entfernt? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Wurde Ihr Kind gestillt? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Besteht Behandlung bei einem Hals-Nasen-Ohrenarzt? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Wenn ja, bei welchem Arzt, welche Therapie? | | |
| Bestehen Sprachprobleme (Lispeln etc.)? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Wird oder wurde eine logopädische Behandlung durchgeführt? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Wenn ja: wann, bei welchem Logopäden, welche Therapie? | | |
| Besteht Daumen-/ Fingerlutschen oder eine ähnliche Gewohnheit? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Besteht Nagel-/ Lippenbeißen? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Ist Interesse an einer Gebißregulierung vorhanden? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

Vielen Dank für Ihre Mithilfe! Bitte teilen Sie uns sofort Änderungen der obigen Angaben mit.

Ort und Datum

Unterschrift des Patienten bzw. eines gesetzlichen Vertreters