

# Fragebogen für Beratungspatienten

## Patient

weiblich  männlich

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Beruf: \_\_\_\_\_

PLZ/Wohnort: \_\_\_\_\_ Straße/Nr: \_\_\_\_\_ Telefon/Mobil: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

## Versicherter

weiblich  männlich

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: \_\_\_\_\_ Hausarzt: \_\_\_\_\_

Empfohlen/Überwiesen durch: \_\_\_\_\_

Erbrachte Leistungen, die durch die Kasse nicht finanziell abgesichert sind, gehen zu Lasten des Patienten. Er ist verpflichtet, die Frage der Kostenübernahme mit seinem 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 Patient schon kieferorthopädisch behandelt?

Nein  Ja

Wurden/werden Geschwister kieferorthopädisch behandelt?

Nein  Ja

Sind Sie damit einverstanden, dass in der fachübergreifenden Gemeinschaftspraxis vom jeweils anwesenden Kollegen behandelt wird?

Nein  Ja

Hat der Patient  Daumen oder  Schnuller gelutscht?  Nein  Ja

Lutscht der Patient jetzt noch?  Nein  Ja

Hat der Patient Beschwerden beim Kauen?  Nein  Ja

Beißt der Patient auf  Lippen oder  Zunge?  Nein  Ja

Schläft der Patient mit offenem Mund?  Nein  Ja

Knirscht der Patient mit den Zähnen?  Nein  Ja

Hat/hatte der Patient einen Sprachfehler?  Nein  Ja

Wird/wurde der Patient deswegen behandelt?  Nein  Ja

Wurden  Mandeln oder  Polypen entfernt?  Nein  Ja

Wann? \_\_\_\_\_

Hatte der Patient Unfälle mit Zahnbeteiligung?  Nein  Ja

Was? \_\_\_\_\_

Werden regelmäßig Medikamente eingenommen?  Nein  Ja

Welche? \_\_\_\_\_

Besteht eine Allergie?  Nein  Ja

Welche? \_\_\_\_\_

Hat der Patient 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 Patient schon einmal geröntgt?  Nein  Ja

Wann? \_\_\_\_\_

Werden/wurden Röntgenbestrahlungen durchgeführt?  Nein  Ja

Waren es Untersuchungen der Zähne oder Kiefer?  Nein  Ja

Bei weiblichen Patienten: Sind Sie schwanger?  Nein  Ja

**Alle Angaben sind streng vertraulich und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Wird eine kieferorthopädische Behandlung notwendig, bin ich mit den erforderlichen diagnostischen Maßnahmen (z.B. Abdrücke, Röntgenbilder) einverstanden.**

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

Für die Richtigkeit der Angaben:

Datum

Unterschrift des Patienten/Erziehungsberechtigten

# Befundbogen und Therapieaufklärung

 Arzt 

 Pat. Nr. 

## Anamnese

Datum

18 17 16 15 14 13 12 11	21 22 23 24 25 26 27 28
55 54 53 52 51	61 62 63 64 65

Datum

18 17 16 15 14 13 12 11	21 22 23 24 25 26 27 28
55 54 53 52 51	61 62 63 64 65

## Befund

- |   |  |   |   |                                      |  |
|---|--|---|---|--------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Angle Klasse I   | <input type="checkbox"/> Distalbisslage  | <input type="checkbox"/> re. _____ Pb*                    | <input type="checkbox"/> dentale MLV* _____ mm          | <input type="checkbox"/> nach rechts | * Pb = Prämolarenbreite<br>* MLV = Mittellinienverschiebung<br>* mand = mandibulär |
| <input type="checkbox"/> Angle Klasse II  | <input type="checkbox"/> Mesialbisslage  | <input type="checkbox"/> li. _____ Pb*                    | <input type="checkbox"/> OK <input type="checkbox"/> UK | <input type="checkbox"/> nach links  |  |
| <input type="checkbox"/> Angle Klasse III | <input type="checkbox"/> Neutralbisslage | <input type="checkbox"/> re. _____ Pb*                    | <input type="checkbox"/> mand* MLV* _____ mm            | <input type="checkbox"/> nach rechts |  |
|   |  | <input type="checkbox"/> li. _____ Pb*                    |   | <input type="checkbox"/> nach links  |  |
|   |  | <input type="checkbox"/> re. <input type="checkbox"/> li. | <input type="checkbox"/> Zwangsführung nach _____       |                                      |  |
|   |  |   | <input type="checkbox"/> Overbite _____ mm              |                                      |  |
|   |  |   | <input type="checkbox"/> Overjet _____ mm               |                                      |  |

## Diagnose

OK

UK

Sonstiges

## Konsil. Vorstellung

- |                                       |                                    |  |  |                                |
|---------------------------------------|------------------------------------|--|--|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> MKG          | <input type="checkbox"/> HNO       | <input type="checkbox"/> Physiotherapeut | <input type="checkbox"/> Hausarzt        | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> Hauszahnarzt | <input type="checkbox"/> Logopäden | <input type="checkbox"/> Orthopäden      | <input type="checkbox"/> Psychosomatiker |                                |

## Therapie

Maßnahmen	MK / AVL	Privatbehandlung										
Abnehmbar <input type="checkbox"/> OK <input type="checkbox"/> UK	<input type="checkbox"/> Diagnostik 2											
Multiband <input type="checkbox"/> OK <input type="checkbox"/> UK	<input type="checkbox"/> Diagnostik 1 <input type="checkbox"/> Diagnostik 2											
Damon-Brackets <input type="checkbox"/> OK <input type="checkbox"/> UK	<input type="checkbox"/> Damon-Brackets											
Damon Clear <input type="checkbox"/> OK <input type="checkbox"/> UK	<input type="checkbox"/> Damon Clear											
Lingualtechnik <input type="checkbox"/> OK <input type="checkbox"/> UK	<input type="checkbox"/> Lingualtechnik											
Invisalign <input type="checkbox"/> OK <input type="checkbox"/> UK <input type="checkbox"/> 3+3 <input type="checkbox"/> 3-3												
<input type="checkbox"/> Lingualretainer <input type="checkbox"/> Palätinalretainer		Behandlungsdauer _____										
<b>Behandlungsart:</b> <input type="checkbox"/> GKV Behandlung 20 / 80 <input type="checkbox"/> KIG : ____ / ____ <input type="checkbox"/> KIG – Mitteilung <input type="checkbox"/> Privatbehandlung <input type="checkbox"/> über AD- Priv.Kosten aufgeklärt	<b>Weiterführende Maßnahmen:</b> <input type="checkbox"/> Recall ____ / ____ <input type="checkbox"/> 2. Ber. ____ / ____ <input type="checkbox"/> Arztbrief: <input type="checkbox"/> zu früh <input type="checkbox"/> detailliert <input type="checkbox"/> AD <input type="checkbox"/> Technik	<table border="1"> <tr> <th>Datum</th> <th>Arzt / MA</th> </tr> <tr> <td>__ / __ / ____</td> <td>____ / ____</td> </tr> <tr> <td>__ / __ / ____</td> <td>____ / ____</td> </tr> <tr> <td>__ / __ / ____</td> <td>____ / ____</td> </tr> <tr> <td>__ / __ / ____</td> <td>____ / ____</td> </tr> </table>	Datum	Arzt / MA	__ / __ / ____	____ / ____	__ / __ / ____	____ / ____	__ / __ / ____	____ / ____	__ / __ / ____	____ / ____
Datum	Arzt / MA											
__ / __ / ____	____ / ____											
__ / __ / ____	____ / ____											
__ / __ / ____	____ / ____											
__ / __ / ____	____ / ____											

- Über den Behandlungsablauf, Risiken, Folgen und Kosten aufgeklärt
- Patient überlegt
- Patient wünscht Behandlung
- Patient wünscht keine Behandlung
- Patient wünscht durch das Recallsystem einbestellt zu werden
- Patient wünscht durch SMS-Recallsystem einbestellt zu werden

Unterschrift Patient / Erziehungsberechtigter

### 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.

Unterschrift Patient / Erziehungsberechtigter