

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

Hatte der Patient Unfälle mit Zahnbeteiligung? Nein Ja
Was? _____

Hat der Patient Beschwerden beim Kauen? Nein Ja

Werden regelmäßig Medikamente eingenommen? Nein Ja

Beißt der Patient auf Lippen oder Zunge? Nein Ja

Welche? _____

Schläft der Patient mit offenem Mund? Nein Ja

Besteht eine Allergie? Nein Ja

Knirscht der Patient mit den Zähnen? Nein Ja

Welche? _____

Hat/hatte der Patient einen Sprachfehler? Nein Ja

Hat der Patient schwerwiegende Krankheiten? Nein Ja

Wird/wurde der Patient deswegen behandelt? Nein Ja

Asthma Diabetes Herzfehler Ohrenkrankheiten

Wurden Mandeln oder Polypen entfernt? Nein Ja

Bluter Epilepsie Hepatitis Tuberkulose HIV

Wann? _____

Andere Krankheiten: _____

Gemäß der Röntgenverordnung vom 01.07.2004 beantworten Sie bitte folgende Fragen

Wurde der Patient schon einmal geröntgt? Nein Ja

Werden/wurden Röntgenbestrahlungen durchgeführt? Nein Ja

Wann? _____

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:

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
* MLV = Mittellinienverschiebung
* 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 _____										
Behandlungsart: <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	Weiterführende Maßnahmen: <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