

Anamnesebogen

Name/Vorname des Pat.: _____, geb. am _____

Name/Vorname des Vers.: _____, geb. am _____

Straße: _____ Geburtsort: _____

PLZ und Wohnort: _____ Telefon: _____ Arbeitgeber: _____

E-Mail: _____

Krankenkasse mit Geschäftsstelle: _____

Überweisende/r: _____

Beihilfe: Ja Nein Freiwillig versichert: Ja Nein

Bitte Zutreffendes ankreuzen:

- | | | | |
|----|---|----|------|
| 1. | Waren Sie vor kurzem oder stehen Sie z. Zt. noch in ärztlicher Behandlung? | Ja | Nein |
| 2. | Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?
Wenn ja, welche? _____ | Ja | Nein |
| 3. | Vertragen Sie gewisse Arzneimittel nicht?
Wenn ja, welche? _____ | Ja | Nein |
| 4. | Neigen Sie zu allergischen Reaktionen?
Wenn ja, welche? _____
Allergiepass? | Ja | Nein |

5. Leiden oder litten Sie an den nachstehend aufgeführten Krankheiten?

Herzerkrankung	Ja	Nein	Unbekannt	Lebererkrankung	Ja	Nein	Unbekannt
Nervenerkrankung				Magen-/Darmerkrankung			
Krampfleiden				Rheuma			
Schlaganfall				Schilddrüsenerkrankung			
Migräne				Hoher Blutdruck			
Nierenerkrankung				Niedriger Blutdruck			
Zuckererkrankung				Blutgerinnungsstörungen			
Infektionskrankheiten				Blutarmut, Nachblutungen			
				Unfall, Verletzungen			

- | | | | |
|----|--|----|------|
| 6. | Haben Sie andere ernsthafte Erkrankungen?
Wenn ja, welche? _____ | Ja | Nein |
| 7. | Sind Sie früher geröntgt worden?
Wenn ja, welche Körperregion? _____
Haben Sie bzw. der Patient einen Röntgenpass? | Ja | Nein |
| 8. | Besteht eine Schwangerschaft?
Wenn ja, welchen Monat? _____ | Ja | Nein |
| 9. | Aus welchem Grund kommen Sie in unsere Praxis? | | |

Ich bin damit einverstanden, dass bei mir bzw. dem Patienten –falls erforderlich- Röntgenunterlagen erstellt werden.

Essen, _____
Unterschrift des Pat. bzw. des Erziehungsberechtigten*

*Bei der Einwilligung/Unterschrift von Eltern für ihr Kind gilt: Grundsätzlich ist die Einwilligung von beiden Elternteilen einzuholen. Unterschreibt ein Elternteil allein, erklärt dieser durch seine Unterschrift zugleich, dass ihm das Sorgerecht allein zusteht oder dass er vom anderen Elternteil bevollmächtigt wurde, für diesen die Erklärung abzugeben.

Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung für die Verarbeitung personenbezogener Patientendaten gemäß Artt. 6, 7 Abs. 1 lit. a DSGVO

Patient/in:

Name	
Adresse	

Ich stimme hiermit der Speicherung meiner personenbezogenen Daten für den Zweck der Zahnärztlichen und Kieferorthopädischen Beratung und Behandlung, sowie der Nutzung meiner Daten für ein Recall-Service durch die Praxis zu.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder durch E-Mail an die Praxis widerrufen kann (Art. 7 Abs. 3 DSGVO).

Mir ist bekannt, dass mein jederzeit möglicher Widerruf der Einwilligung die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt (Art. 7 Abs. 3 Satz 2 DSGVO).

Essen, den _____

Unterschrift Patient/in bzw. Erziehungsberechtigte/r

Information über die Abrechnung bei einer kieferorthopädischen Behandlung

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

bei Ihnen findet heute eine kieferorthopädische Beratung statt. Es gibt dabei einige Besonderheiten bei der Abrechnung zu beachten.

Sollte sich während der klinischen Untersuchung herausstellen, dass diagnostische Unterlagen notwendig sind, um die weitere Behandlung zu planen, fällt für den Patienten ein Eigenanteil von 20% an. (ca. 25,00 € den genauen Betrag entnehmen Sie bitte der Rechnung)

Dieser Eigenanteil wird direkt mit der Praxis und nicht mit der Krankenkasse abgerechnet.

Der Eigenanteil wird Ihnen später unter folgenden Bedingungen von ihrer Krankenkasse zurückerstattet:

- Sollte sich herausstellen, dass eine kieferorthopädische Behandlung von der Krankenkasse übernommen wird, bitten wir Sie alle Rechnungen aufzubewahren. Nach Abschluss der Behandlung werden Ihnen die Eigenanteile nach Vorlage der Rechnungen bei der Krankenkasse erstattet.

Leider ist dieser Abrechnungsvorgang in der Kieferorthopädie gesetzlich so vorgeschrieben.

Mit freundlichen Grüßen ihr Praxisteam

Unterschrift des Patienten / gesetzlicher Vertreter