

**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?<br>Wenn ja, welche? _____                      | Ja | Nein |
| 3. | Vertragen Sie gewisse Arzneimittel nicht?<br>Wenn ja, welche? _____               | Ja | Nein |
| 4. | Neigen Sie zu allergischen Reaktionen?<br>Wenn ja, welche? _____<br>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?<br>Wenn ja, welche? _____                                                      | Ja | Nein |
| 7. | Sind Sie früher geröntgt worden?<br>Wenn ja, welche Körperregion? _____<br>Haben Sie bzw. der Patient einen Röntgenpass? | Ja | Nein |
| 8. | Besteht eine Schwangerschaft?<br>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 für privat versicherte Patienten und Beihilfempfänger**

Damit es nach der Behandlung nicht zu Missverständnissen kommt, möchten wir Sie auf mögliche folgende Besonderheiten hinweisen:

Unter Umständen wird ein Teil Ihrer Behandlungskosten von der privaten Versicherung oder Beihilfestelle nicht erstattet. Um welche Kosten es sich im Einzelfall handelt entscheidet Ihre private Versicherung oder Beihilfestelle.

Grundsätzlich sind Kosten normaler Struktur, in der Gebührenordnung enthaltenen Maßnahmen als notwendig anzusehen und damit erstattungspflichtig.

In letzter Zeit sind jedoch von einigen Versicherungen und Beihilfestellen wiederholt Versuche unternommen worden, mit eigenen Interpretationen und nicht zutreffenden Begründungen, die Erstattung bestimmter Positionen unsere Honorarabrechnungen fälschlicherweise als „nicht berechnungsfähig“, „nicht beihilfefähig“ oder gar „medizinisch nicht notwendig“ zu bezeichnen.

### **Zur Klarstellung sei uns deshalb folgender Hinweis gestattet:**

Unsere kieferorthopädischen Therapien sind grundsätzlich medizinisch indiziert, die Rechnungstellung orientiert sich ausschließlich an der bei Ihnen durchgeführten Behandlung und an der vom Gesetzgeber erlassenen Gebührenordnung.

Wir bitten sie daher zu bedenken, dass einseitige Auslegungen der Gebührenordnung, wie sie von Beihilfestellen und Versicherungen zuweilen erfolgen, nicht Grundlage unserer Honorarabrechnungen sein können.

Somit können wir Kürzungen unserer Rechnungen leider nicht zustimmen, auch wenn keine völlige Erstattung gewährleistet wurde. Sollte die Durchsetzung Ihrer Erstattungsansprüche gegenüber der Versicherung oder Beihilfestelle Schwierigkeiten bereiten, stehen wir Ihnen für Rückfragen zur Verfügung.

Wir danken für Ihr Vertrauen und wünschen Ihnen einen angenehmen Behandlungsverlauf.

Mit freundlichen Grüßen ihr Praxisteam

---

Unterschrift des Patienten / gesetzlicher Vertreter\*

\*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.