

Herzlich willkommen in unserer Praxis! ☺

Bevor wir uns in Ruhe über Ihre kieferorthopädischen Wünsche oder Sorgen unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine adäquate und risikofreie Behandlung. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.
Ihr Praxisteam

Patient: _____
Name Vorname geb.

Adresse _____
Straße/Hausnummer PLZ Wohnort

Telefon _____
Privat dienstlich Handy

gesetzlich versichert gesetzlich freiwillig versichert privat versichert
 privat Basistarif o.ä. versichert beihilferechtigt

Krankenkasse: _____

Zahnarzt : _____ Empfohlen/überwiesen durch: _____

_____ JA NEIN

Waren Sie *früher* schon in kieferorthopädischer Behandlung ? JA NEIN
- wenn ja, bei wem / wo: Dr. _____ in _____

Bestehen Gebissunregelmäßigkeiten in der Familie? JA NEIN

Leiden oder litten Sie an einer der genannten Krankheiten ? JA NEIN
- wenn ja, welche: Diabetes Hepatitis Herzleiden
 Epilepsie Sonstige: _____

Nehmen Sie Medikamente ein ? _____ JA NEIN

Haben Sie Probleme mit der Nasenatmung ? JA NEIN
 Asthma Allergisches Asthma seit wann: _____
 Häufige Erkältungen seit wann: _____
 Mundatmung Schnarchen seit wann: _____

Haben Sie eine Allergie oder Heuschnupfen ? JA NEIN
wenn ja, wogegen: _____

Liegt eine Fehlgewohnheit im Lippen- oder Zungenbereich vor ? JA NEIN
 Lippenbeißen Lippensaugen Lippenlecken
 Nägelkaugen Bleistiftkaugen Sonstiges: _____

Welche Hobbys hat der Patient ?
 Sportarten: _____
 Musikinstrumente: _____
 Sonstiges: _____

Knirschen oder pressen Sie mit den Zähnen? Wenn ja wann? _____ JA NEIN

Bemerken Sie beim Öffnen/Schließen des Mundes oder beim Kauen JA NEIN

Knackgeräusche Ohrgeräusche (Tinnitus) JA NEIN

Haben Sie Verspannungen der Nackenmuskulatur Schultermuskulatur JA NEIN

Haben Sie Kopfschmerzen Migräne? JA NEIN

Hatten Sie jemals einen Unfall mit Schädigung im Hals-/Kopfbereich? JA NEIN

(Schleudertrauma o.ä.) wenn ja, wie oft? _____

Haben/Hatten Sie Probleme mit Ihrer Körperhaltung? JA NEIN

und zwar Wirbelsäule Beckenschiefstand Beinlängendifferenz

Tragen Sie orthopädische Einlagen? JA NEIN

Wurden Sie in den letzten 12 Monaten im Kopf-Kiefer-Zahnbereich geröntgt? JA NEIN

Besteht eine Schwangerschaft? JA NEIN

Besitzt der Patient einen Röntgenpass? JA NEIN

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass betreffende Behandlungsdaten, Röntgenbilder und Befunde bei anderen Ärzten und Leistungserbringern zum Zwecke der Dokumentation und weiteren Behandlung angefordert werden dürfen. Des Weiteren bin ich einverstanden, dass Frau Dr. Gudrun Poser betreffende Behandlungsdaten, Röntgenbilder und Befunde an behandelnde Ärzte und Leistungserbringer übermitteln darf.

Hiermit bestätige ich, dass alle Angaben vollständig und wahrheitsgemäß erfolgt sind.

.....
Datum

.....
Unterschrift Patient

Bitte wenden ->

Aufklärung über Ausfallhonorar bei versäumten Behandlungsterminen

Ich bitte Sie, diese Bedingungen für Ihre kieferorthopädische Behandlung durchzulesen und zu unterschreiben.

Unsere Praxis arbeitet nach dem Bestellsystem, d.h. wir reservieren für Sie die erforderlichen Behandlungstermine. Da eine kieferorthopädische Behandlung über einen längeren Zeitraum durchgeführt wird, können wir kurzfristig keine neuen Patienten annehmen oder Ersatztermine vereinbaren.

Die Krankenkassen bezahlen nur durchgeführte Leistungen, sodass ein versäumter Termin für den Kieferorthopäden ein Ausfallhonorar bedeutet.

Der Kieferorthopäde ist daher berechtigt, alle vereinbarten Termine die der Patient nicht wahrnimmt, unabhängig vom Grund der Verhinderung, privat in Rechnung zu stellen

(siehe Urteil Amtsgericht Dresden vom 29.01.2010 Az.: 107C5428/09).

Termine die aus zwingenden Gründen rechtzeitig, d.h. 24 Stunden vorher, abgesagt werden, stellen wir dem Patienten natürlich nicht in Rechnung.

Für das Ausfallhonorar werden die durchschnittlichen Kosten der Praxisstunde zu Grunde gelegt. Das Honorar beträgt in diesem Fall *22 € je angefangene 15 Minuten.*

Hiermit bestätige ich, dass ich die Notwendigkeit der Einhaltung meiner Behandlungstermine, bzw. das rechtzeitige Absagen bei Verhinderung zur Kenntnis genommen habe, und mir bewusst ist, dass unentschuldigte Termine in Rechnung gestellt werden.

Datum

Unterschrift Patient