

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.

Versichert über  
 Mutter/ Vater  
[bitte ankreuzen] Name Vorname geb.

Adresse Patient  
Straße/Hausnummer PLZ Wohnort

Telefon  
Privat dienstlich Handy

Erziehungsberechtigter/Vormund:  siehe Versicherter  
  
Name, Vorname, Geb. Datum, ggf. Adresse falls abweichend

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

Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Zahnarzt : \_\_\_\_\_ Empfohlen/überwiesen durch: \_\_\_\_\_

Geschwister in kieferorthopädischer Behandlung  ja  nein  
JA NEIN

Ist oder war der Patient früher schon in kieferorthopädischer Behandlung ?    
- wenn ja, bei wem / wo: Dr. \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_

Bestehen Gebissunregelmäßigkeiten in der Familie?

Leidet oder litt der Patient an einer der genannten Krankheiten ?    
- wenn ja, welche:  Diabetes  Hepatitis  Herzleiden  
 Epilepsie  Sonstige: \_\_\_\_\_

Nimmt der Patient Medikamente ein ? \_\_\_\_\_

Hat der Patient Probleme mit der Nasenatmung ?  JA  Nein  
 Asthma  Allergisches Asthma seit wann: \_\_\_\_\_  
 Häufige Erkältungen seit wann: \_\_\_\_\_  
 Mundatmung  Schnarchen seit wann: \_\_\_\_\_

Hat der Patient eine Allergie oder Heuschnupfen ?    
wenn ja, wogegen: \_\_\_\_\_

Hat der Patient als Kleinkind gelutscht und wenn ja, bis wann ?    
 Daumen ca. bis \_\_\_\_\_ Jahre  
 Finger ca. bis \_\_\_\_\_ Jahre  
 Schnuller ca. bis \_\_\_\_\_ Jahre  
 Sonstiges: \_\_\_\_\_ ca. bis \_\_\_\_\_ Jahre

Liegt eine Fehlgewohnheit im Lippen- oder Zungenbereich vor ?    
 Lippenbeißen  Lippensaugen  Lippenlecken  
 Nägelkauen  Bleistiftkauen  Sonstiges: \_\_\_\_\_

Hat oder hatte der Patient einen Sprachfehler ?    
- wenn ja, wann \_\_\_\_\_ und wie lange: \_\_\_\_\_ Monate / Jahre  
- wenn ja, welche Art von Störung \_\_\_\_\_  
- wurde eine logopädische Behandlung (Sprachtherapie) durchgeführt ?

Welche Hobbys hat der Patient ?  
 Sportarten: \_\_\_\_\_  
 Musikinstrumente: \_\_\_\_\_  
 Sonstiges: \_\_\_\_\_

Bestehen beim Patienten Probleme, wie z.B.:  
- Knirschen oder pressen mit den Zähnen    
-  Knackgeräusche beim Öffnen/Schließen des Mundes oder beim Kauen    
- Verspannungen der  Nackenmuskulatur  Schultermuskulatur    
-  Kopfschmerzen  Migräne?    
- Unfall mit Schädigung im Hals-/Kopfbereich?    
{Schleudertrauma o.ä.} wenn ja, wie oft? \_\_\_\_\_  
- Probleme mit Ihrer Körperhaltung?    
und zwar  Wirbelsäule  Beckenschiefstand  Beinlängendifferenz  
- trägt der Patient orthopädische Einlagen?

Wurden Sie in den letzten 12 Monaten im Kopf-Kiefer-Zahnbereich geröntgt?    
Besteht eine Schwangerschaft?    
Besitzt der Patient einen Röntgenpass?

### Einverständnis Sorgeberechtigte

Sorgeberechtigt ist/sind  beide Eltern  Mutter  Vater  Sonstige

#### Erziehungsberechtigter/Sorgeberechtigter

Name/Vorname: -----  
Geb.-Datum: -----  
Straße/Hausnr.: -----  
PLZ./Ort: -----

#### Erziehungsberechtigter/Sorgeberechtigter

Name/Vorname: -----  
Geb.-Datum: -----  
Straße/Hausnummer: -----  
PLZ./Ort: -----

Hiermit bestätige ich/wir, dass die kieferorthopädische Diagnostik und ggf. Behandlung meines/unseres Kindes in der Praxis Dr. Gudrun Poser durchgeführt werden darf. Des Weiteren bin ich/sind wir einverstanden, dass bei Behandlungsbedarf sowie während der laufenden Behandlung die dafür notwendigen Unterlagen (Röntgenbilder, Abdrücke) erstellt werden dürfen.

Hiermit erkläre ich/wir mich/uns einverstanden, dass mein/unser Kind 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.

Außerdem wird hiermit bestätigt, dass bei geteiltem Sorgerecht beide Elternteile mit der Durchführung der Behandlung in unserer Praxis einverstanden sind.

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

.....  
Datum

.....  
Unterschrift Erziehungsberechtigte/Sorgeberechtigte

### 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/Erziehungsberechtigter

#### Nur bei Bedarf auszufüllen:

Auf Grund der Datenschutzverordnung dürfen wir keine Termininformationen, bzw. weitere Auskünfte an Geschwister, Großeltern oder andere Verwandte weiter geben. Auch Rezepte oder andere Dokumente dürfen nicht an unautorisierte Personen herausgegeben werden.

Der/den unten aufgeführten Person/en dürfen Informationen über Termine und behandlungsrelevante Auskünfte, sowie Rezepte und den Patienten betreffende Dokumente von Praxis Dr. Gudrun Poser herausgegeben werden.

-----  
Name, Vorname, Geb.-Datum

-----  
Name, Vorname, Geb.-Datum

-----  
Name, Vorname, Geb.-Datum

-----  
Unterschrift Erziehungsberechtigte/Sorgeberechtigte