



# Patientenbogen Kinder

# Die Kieferorthopäden

## Herzlich willkommen

in der Gemeinschaftspraxis für Kieferorthopädie Dr. Veit Stelte & Dr. Birgit Bidenharn! Wir möchten uns mit Ihnen in Ruhe über Ihre kieferorthopädischen Wünsche unterhalten und Sie umfassend beraten. Dazu benötigen wir für den Beratungstermin neben Ihren Personalien auch medizinische Auskünfte. Wir nehmen Ihre Angaben selbstverständlich diskret entgegen.

### Wird von der Praxis ausgefüllt

Pat.-Nr.: \_\_\_\_\_ Recall:  ja  nein nach \_\_\_\_\_ Monaten  
 Arzt: \_\_\_\_\_ Arztbr.:  ja  nein  
 Ass.: \_\_\_\_\_

## Patient

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_  
 Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Straße, Nr.: \_\_\_\_\_  
 PLZ/Ort: \_\_\_\_\_ Krankenkasse: \_\_\_\_\_

## Versicherter / Erziehungsberechtigter

Rechnungsempfänger  ja  nein

Name: \_\_\_\_\_  
 Vorname: \_\_\_\_\_  
 Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
 Straße: \_\_\_\_\_  
 PLZ/Ort: \_\_\_\_\_  
 Tel. privat: \_\_\_\_\_  
 Mobil: \_\_\_\_\_  
 E-Mail privat: \_\_\_\_\_  
 Beruf: \_\_\_\_\_  
 Arbeitgeber: \_\_\_\_\_  
 Tel. gesch.: \_\_\_\_\_

## weiterer Erziehungsberechtigter

Rechnungsempfänger  ja  nein

Name: \_\_\_\_\_  
 Vorname: \_\_\_\_\_  
 Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
 Straße: \_\_\_\_\_  
 PLZ/Ort: \_\_\_\_\_  
 Tel. privat: \_\_\_\_\_  
 Mobil: \_\_\_\_\_  
 E-Mail privat: \_\_\_\_\_  
 Beruf: \_\_\_\_\_  
 Arbeitgeber: \_\_\_\_\_  
 Tel. gesch.: \_\_\_\_\_

## Versicherungsart

- gesetzl. versichert  freiwillig versichert  privat voll-versichert  Beihilfe zu \_\_\_\_\_ %  
 Basistarif einer privaten Versicherung  Zusatzversicherung für Kieferorthopädie

## Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

- Empfehlung von:  Bekannte / Verwandte: \_\_\_\_\_ Name  Arzt / Zahnarzt: \_\_\_\_\_ Name  
 Werbung (Anzeige Tagespresse/Fachzeitschrift etc.)  zus. informiert auf www.spange.de  Gelbe Seiten  
 Internet:  Google  Arzt- oder Gesundheitsportale, welche? \_\_\_\_\_  
 Sonstiges: \_\_\_\_\_

# Patientenbogen Kinder

## Fragen zur Anamnese

### Ärztliche Behandlung

Steht Ihr Kind zurzeit in ärztlicher Behandlung?  ja  nein

Wenn ja, wegen welcher Erkrankung? \_\_\_\_\_

Wer ist Ihr Hausarzt? (Name, Adresse und Telefonnummer)

Wer ist Ihr Zahnarzt? (Name, Adresse und Telefonnummer)

Ich bin damit einverstanden, dass mein behandelnder Zahnarzt über die geplanten kieferorthopädischen Maßnahmen und den Verlauf der Behandlung informiert wird.  ja  nein

Bestehen allgemeinmedizinische Erkrankungen (z.B. Herz-, Kreislauferkrankungen, Gerinnungsstörungen, Diabetes oder andere Erkrankungen) oder Infektionskrankheiten (z.B. Hepatitis)?  ja  nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein?  ja  nein

Wenn ja, welche und wozu? \_\_\_\_\_

Bestehen Allergien, Unverträglichkeiten oder der Verdacht einer Überempfindlichkeit gegen Materialien oder Medikamente?  ja  nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Besitzt Ihr Kind einen Allergiepass (Endokarditispass)?  ja  nein

### Fragen zur Röntgenuntersuchung

Wurde Ihr Kind im letzten Jahr im Kopf-, Kiefer- oder Zahnbereich geröntgt?  ja  nein

Wenn ja, welches Körperteil? \_\_\_\_\_

**Hinweis:** Unsere modernen Geräte gewährleisten eine möglichst geringe Strahlendosis.

**Bei Mädchen:** Besteht derzeit eine Schwangerschaft?  ja  nein

### Fragen aus kieferorthopädischen Gründen

Wurde schon einmal kieferorthopädisch behandelt?  ja  nein

Wenn ja, bei welchem Arzt? \_\_\_\_\_

Wurde die Behandlung abgebrochen?  ja  nein

Bestehen Kiefergelenksbeschwerden oder -knacken?  ja  nein

Bestehen häufig Kopfschmerzen, Schmerzen im Gesichtsbereich oder beim Kauen?  ja  nein

Welche? \_\_\_\_\_

Besteht oder bestand Zähneknirschen oder Zähnepressen?  ja  nein

Gab es Unfälle mit Beteiligung der Zähne oder des Kiefers?  ja  nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Besteht Mundatmung oder häufige Erkältung oder Schnarchen?  ja  nein

Was? \_\_\_\_\_

War Ihr Kind bereits in Behandlung bei einem Hals-Nasen-Ohrenarzt?  ja  nein

Wenn ja, was wurde gemacht?  Mandeln wurden entfernt  Polypen wurden entfernt

Sonstiges: \_\_\_\_\_

Waren oder sind Geschwister in kieferorthopädische Behandlung?  ja  nein

Bei welchem Arzt? \_\_\_\_\_

Liegen ähnliche Fehlstellungen in der Familie vor?  ja  nein

Welche und bei wem? \_\_\_\_\_

Gibt es Nichtanlagen von Zähnen in der Familie?  ja  nein

Welche und bei wem? \_\_\_\_\_

Wann kamen die ersten Milchzähne? Vor dem 6. - 7.Mon.: \_\_\_\_\_ nach dem 8. Mon.: \_\_\_\_\_

Besteht ein Sprachfehler (z.B. Lispeln) oder wurde bereits eine logopädische Behandlung durchgeführt?  ja  nein

Wenn ja, wann? \_\_\_\_\_

Bestand oder besteht eine Lutschgewohnheit (Daumen, Schnuller), Lippenbeißen oder Nägelkauen?  ja  nein

Bis wann? \_\_\_\_\_

## Mundhygiene

Wie oft putzt Ihr Kind seine Zähne? \_\_\_\_\_ mal täglich

Geht Ihr Kind zu regelmäßiger Kontrolle zu seinem Zahnarzt?  ja  nein

Geht Ihr Kind regelmäßig zur Professionellen Zahnreinigung?  ja  nein

Vielen Dank für Ihre Mithilfe.

Wir werden uns bemühen Ihren Aufenthalt bei uns so angenehm wie möglich zu gestalten.

Diese Angaben sind für eine vertrauensvolle Zusammenarbeit wie auch eine sachgerechte medizinische Behandlung erforderlich. Ihre Angaben werden streng vertraulich behandelt. Sie unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht gemäß § 203 des Strafgesetzbuches sowie den strengen Bestimmungen des Datenschutzgesetzes. Nur im Rahmen der Zusammenarbeit mit einer Abrechnungsgesellschaft werden abrechnungsspezifische Daten an diese weitergegeben.

Moderne Kieferorthopädie bedarf, wie alle medizinischen Bereiche, der Teamarbeit. Daher werden Teilleistungen auch von aus- und fortgebildeten kieferorthopädischen Fachassistentinnen nach vorheriger individueller Anordnung durch den Kieferorthopäden und unter dessen Aufsicht, Überwachung und Kontrolle erbracht. Wir möchten Sie bitten, vorhandene Röntgenaufnahmen des Kieferbereichs mitzubringen.

# Patientenbogen Kinder

## Einwilligungserklärung / Schweigepflichtentbindungserklärung

### Privatärztliche Verrechnungsstelle PVS rhein-ruhr GmbH & Co. KG (PVS)

Um uns von dem steigenden Verwaltungsaufwand zu entlasten und mehr Zeit für unsere Patienten/Patientinnen zu haben, haben wir die Abrechnung unserer Leistungen der PVS rhein-ruhr GmbH & Co.KG (PVS), Remscheider Str. 16, 45481 Mülheim übertragen. Diese ist im Ursprung bereits 1927 als berufsständische Gemeinschaftseinrichtung von Ärzten gegründet worden. Zur Erfüllung ihrer Aufgaben schaltet die PVS die mit ihr verbundenen Unternehmen PVS dienste GmbH und PVS infotec GmbH ein. Die PVS dienste GmbH wickelt im Auftrag der PVS sämtliche mit der Erstellung und Bezahlung Ihrer Rechnung in Verbindung stehenden buchhalterischen Vorgänge ab. Die PVS infotec GmbH übernimmt im Auftrag der PVS die Wartung und Pflege der EDV-Infrastruktur sowie den Druck und Versand der Rechnungen und Kundendokumentationen. Alle Mitarbeiter dieser Unternehmen unterliegen den Bestimmungen der Schweigepflicht und des Datenschutzes mit gleicher gesetzlicher Bindungswirkung wie wir selbst. Unsere Honorarforderung treten wir treuhänderisch an die PVS ab, das bedeutet, dass die PVS die Rechnung im eigenen Namen erstellt und die Honorarforderung auf eigene Rechnung einzieht. Die PVS ist Ihre kompetente Ansprechpartnerin für alle Fragen im Zusammenhang mit der Rechnung und Ihrer Bezahlung. Im Falle eines Rechtsstreits ist die PVS Prozesspartei und wir als Ärzte sind ggf. Zeugen. Die PVS unterliegt jedoch bis zur endgültigen Bezahlung unseren Weisungen. Dies gilt insbesondere zu Höhe der Honorarforderung. Wir bleiben auf jeden Fall Herr des Verfahrens und bleiben Ihnen auch als Ansprechpartner erhalten. Wir bitten Sie, uns durch Ihre Unterschrift Ihre Einwilligung zur Abtretung und zur Übermittlung der zur Rechnungserstellung und zum Einzug unserer Forderungen notwendigen persönlichen Behandlungsdaten, wie Anschrift, Geburtsdatum, Kostenträger, evtl. Tarife, Behandlungstage, erbrachte Leistungen nach der Gebührenordnung und dazugehörige Diagnosen an die oben genannten PVS-Unternehmen zu erteilen. Die Behandlung ist natürlich nicht von dieser Einwilligung abhängig. Sie können auch einzelne Behandlungen von dieser Erklärung ausnehmen oder die Erklärung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Dann müssten wir selbst die Abrechnung vornehmen.

Datum

Unterschrift Erziehungsberechtigter

Unterschrift weiterer Erziehungsberechtigter

### Für gesetzlich versicherte Patienten

Ihre Krankenversicherung verlangt, dass die Krankenversicherungskarte zu jedem Praxisbesuch mitgebracht werden soll. Liegt die Versichertenkarte innerhalb von 14 Tagen nach der Behandlung (bzw. zur Rechnungsstellung) nicht vor, so muss die Behandlung als Privatbehandlung betrachtet werden und eine entsprechende Privatrechnung nach GOZ (Gebührenordnung für Zahnärzte) zugestellt werden.

### Für alle Patienten

**Bestellpraxis:** Hinweis zur Organisation

Wir sind immer bemüht, Ihnen lange Wartezeiten zu ersparen. Deshalb bitten wir Sie, vereinbarte Termine mindestens 48 Stunden vorher abzusagen, falls Sie verhindert sind. Werden vereinbarte Termine nicht rechtzeitig vorher abgesagt, stellen wir Ihnen Praxis- und Behandlungsausfallkosten in Rechnung.

Ich bestätige hiermit diesen Anmeldebogen sorgfältig gelesen zu haben und die Fragen nach meinem besten Wissen und wahrheitsgemäß beantwortet zu haben.

Erziehungsberechtigter  
(Name und Vorname in Druckbuchstaben)

weiterer Erziehungsberechtigter  
(Name und Vorname in Druckbuchstaben)

Datum

Unterschrift Erziehungsberechtigter

Unterschrift weiterer Erziehungsberechtigter

Wir wünschen einen angenehmen Aufenthalt in unserer Praxis. Besuchen Sie uns im Internet unter [www.spange.de](http://www.spange.de)