

PATIENT NAME	PATIENT VORNAME	PATIENT GEB.-DATUM und GEBURTSORT
ÜBER WEN VERSICHERT VATER/ MUTTER? NAME	VERSICHERTER VORNAME	VERSICHERTER GEB.-DATUM
ANSCHRIFT		
FESTNETZNR.	E-Mail	
HANDY-NR.	VON: MUTTER/VATER?	
EXTRA RECHNUNGSANSCHRIFT?		
<input type="checkbox"/> GESETZLICH VERSICHERT? NAME KRANKENKASSE?	<input type="checkbox"/> PRIVAT VERSICHERT?	<input type="checkbox"/> BEIHILFE?

FRAGEN IM RAHMEN DER KIEFERORTHOPÄDISCHEN BERATUNG / UNTERSUCHUNG

Bitte beantworten Sie die nachstehenden Fragen möglichst vollständig und wahrheitsgemäß. Wir verwenden diese Information ausschließlich zur Behandlung und Vertragserfüllung nach Art. 6 DSGVO Abs. 1 lit. b und sind durch technische und organisatorische Maßnahmen geschützt. Bitte beachten Sie hierzu auch unsere Datenschutzhinweise im Aushang oder auf unserer Homepage <http://www.dr-muhs.de>

1. Mein behandelnder Zahnarzt/Chirurg _____
2. Stellen Sie sich wegen Zahnfehlstellungen Kieferfehlstellungen Kiefergelenkproblemen vor?
3. Bestand oder besteht eine kieferorthopädische Behandlung, wenn ja bei: _____
Sind bereits diagnostische Unterlagen wie Modelle, Röntgenaufnahmen etc. bei einem anderen Kieferorthopäden erstellt worden, wenn ja, wann und bei wem: _____
Soll eine Zweitmeinung eingeholt werden?
6. ...derzeitig in ärztlicher Behandlung ja wegen _____ nein
7. ...regelmäßige Medikamenteneinnahme ja welche _____ nein
8. ...bestehen Allergien/Überempfindlichkeiten ja nein
→ gegen: Antibiotika Latex Nickel andere _____
9. ...bestehen Allgemeinerkrankungen ja nein
→ Asthma Diabetes Rheuma Herzerkrankung Blutgerinnungsstörung
 andere _____
10. ...bestehen Behinderungen ja welche _____ nein
11. ...bestehen Infektionskrankheiten ja nein
→ Hepatitis A B C HIV Tuberkulose
12. ...zuletzt im Hals-/Kopfbereich geröntgt ja nein
→ und zwar an Hals Zähnen Hand Schädelknochen
13. ...Lutschgewohnheiten ja nein
→ und zwar an Daumen andere Gegenstände (Stift,...)
14. ...regelmäßiges Schnarchen ja nein



...auf der Rückseite geht es weiter, aber gleich ist es geschafft... 😊

15. ...gibt es Verwandte mit ähnlichen Zahn-/Kieferfehlstellungen ja nein
→ und zwar bei Geschwister Eltern Großeltern
16. ... besteht eine orthopädische Behandlung ja wegen, Schuheinlagen andere Gründe
-

19. **Information zur Kostenübernahme bei Versäumnis der Vorlage der elektronischen Gesundheitskarte bzw. bei fehlendem Versicherungsschutz:**

Liegt kein Versicherungsschutz vor bzw. versäume ich die gültige eGK (elektronische Gesundheitskarte) hier in der Praxis von Frau Dr. Stefanie Muhs innerhalb des aktuellen Quartales vorzulegen, übernehme ich die entstehenden Kosten in voller Höhe privat. Die Rechnungsstellung erfolgt nach der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) bzw. der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ).

Ort, Datum, Unterschrift

FREIWILLIGE ANGABEN

Die folgenden Angaben helfen uns deutlich bei der Behandlung und beim Praxisablauf und werden ausschließlich dafür verwendet. Sie können Ihre Einwilligung jederzeit widerrufen. Bitte beachten Sie unsere ausführlichen Datenschutzinformationen, die Sie in unserer Praxis im Aushang oder auf der Homepage <http://www.dr-muhs.de> finden.

17. Dürfen wir Sie in Zukunft an ggf. bestehende Termine bei uns per SMS oder E-Mail erinnern?
 ja nein
18. Dürfen wir Sie an Termine zur Wiedervorstellung erinnern (Recall-System)?
 ja nein

20. **Entbindung von der Schweigepflicht zur Weiter- oder Nachbehandlung:**

Hiermit entbinde ich Frau Dr. Stefanie Muhs von der Schweigepflicht gegenüber meinem oben genannten Hauszahnarzt/Chirurgen, um Behandlungsberichte und Röntgenbilder zur Weiter- oder Nachbehandlung zu übersenden.

Ort, Datum, Unterschrift

Im Falle des Wechsels der kieferorthopädischen Praxis entbinde ich Frau Dr. Stefanie Muhs von der Schweigepflicht gegenüber dem von mir benannten Nachbehandler.

Ort, Datum, Unterschrift

Bitte teilen Sie uns sofort Änderungen von oben aufgeführten Angaben mit.

Vielen Dank für Ihre Mithilfe.
Ihr Praxisteam Dr. Muhs

