



Dr. med. dent.

ELMAR BILLIG

Fachzahnarzt für Kieferorthopädie

INTERNE NR: _____

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. Selbstverständlich unterliegen alle Angaben der ärztlichen Schweigepflicht. Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie Ihr Einverständnis zu den erforderlichen, diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen sowie die Richtigkeit Ihrer Angaben.

Ihr KFO-Team Dr. Billig

Patient

Name _____ Vorname _____ geb. _____

Mitglied

Name _____ Vorname _____ geb. _____

Anschrift

Straße _____ Nr. _____ Email _____

Tel. privat _____ Tel. tagsüber _____ Handy _____

PLZ _____ Ort _____

Ist zuvor schon einmal eine kieferorthopädische Untersuchung, Beratung oder Behandlung erfolgt? nein ja

Gesetzliche Krankenkasse ja <input type="checkbox"/>	Private Krankenversicherung bei: ja <input type="checkbox"/> , bei _____	Beihilfeberechtigt? ja <input type="checkbox"/>
--	--	---

Für gesetzlich versicherte Patienten

Wir benötigen Ihre Krankenversichertenkarte zu Beginn eines jeden Behandlungsquartals. Liegt sie uns auch 10 Tage nach Behandlungsbeginn nicht vor, erhalten Sie eine Rechnung nach der **privaten Gebührenordnung**.

Wichtiger Hinweis !

Am Ende eines jeden Quartals erhalten Sie von uns eine Rechnung. Bitte gleichen Sie den auf der Rechnung ausgewiesenen **Eigenanteil** direkt an uns aus und bewahren Sie sämtliche Rechnungen sorgfältig bis zum Abschluss der Behandlung auf. Sie benötigen später diese Rechnungen, um von Ihrer Versicherung den Eigenanteil zurück zu erhalten.

Bestellpraxis

Wir sind immer bemüht, Ihnen lange Wartezeiten zu ersparen. Deshalb bitten wir Sie, vereinbarte Termine mindestens 48 Stunden vorher abzusagen, falls Sie verhindert sind. Wir sind berechtigt, nicht eingehaltene Termine nach der privaten Gebührenordnung (GOZ) mit einem **Betrag von 25,- € pro Viertelstunde** in Rechnung zu stellen.

Datenschutz

Sofern es für die Behandlung erforderlich ist, entbinde ich hiermit die behandelnden Zahnärzte / Ärzte von ihrer Schweigepflicht, damit dort noch notwendige Auskünfte bezüglich dieser Behandlung eingeholt werden können.

Wir erheben, verarbeiten und nutzen die personenbezogenen Daten unserer Patienten, bzw. deren Eltern oder Sorgeberechtigten entsprechend der gesetzlichen Bestimmungen zum Zweck der kieferorthopädischen Behandlung, Dokumentation und Abrechnung.

Ein „Öffentliches Verzeichnisse für Jedermann“ gemäß § 4g des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) überlassen wir Ihnen gerne zur Einsicht. Mit Ihrer Unterschrift geben Sie **auch Ihre Zustimmung** zur o. g. Erhebung, Verarbeitung und Nutzung dieser Daten.

Datum und Unterschrift ggf. b e i d e r Sorgeberechtigten

bitte Rückseite beachten =>

Aufnahmebogen

Mein Zahnarzt

Name: _____

Ort: _____

Medikamente

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja, welche?

Allergien

Gegen welche Materialien oder Medikamente besteht bei Ihnen der Verdacht einer Überempfindlichkeit?

	JA	NEIN
Besitzen Sie einen Allergiepass?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
vegetative Erkrankungen		
Hatten Sie schon Ohnmachtsanfälle?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erkrankungen des Nervensystems		
Leiden Sie unter epileptoformen Anfällen o. Krämpfen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bluterkrankungen		
Liegt eine erhöhte Blutungsneigung vor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infektionskrankheiten		
Hatten Sie Leberentzündungen/Gelbsucht (Hepatitis A/B/C, non-A-non-B)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tuberkulose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wurde bei Ihnen ein Aidstest durchgeführt? Wenn ja, mit welchem Ergebnis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<hr/>		
Röntgen		
Wurden Sie in den letzten 12 Monaten im Kopf-Kiefer- Zahnbereich geröntgt? Wenn ja, wo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<hr/>		
Schwangerschaft		
Wenn ja, in welchem Monat?	<input type="checkbox"/> Ja, im ____ . Monat	<input type="checkbox"/> Nein

Vielen Dank für Ihre Mithilfe! Bitte teilen Sie uns etwaige Änderungen der obigen Angaben umgehend mit!