Kieferorthopädie
Taunusstein

Dr. Nadja Bottenberg
Dr. Tania Maruta
FACHZAHNÄRZTE FÜR KIEFERORTHOPÄDIE

Patientenauskunft

Patient

Nachname, Vorname	Titel	Geburtsname
Geburtsdatum & - Ort	Alter	Geschlecht
Krankenkasse / private Versicherung	Zusatzversicherung	O ja O nein
	Beihilfeberechtigung	O ja O nein

Anschrift

Straße	Hausnr.
PLZ	Ort
Festnetz	Mobil
Tel. Arbeit	Email

Versicherter

Nachname, Vorname | Beruf | Geburtsdatum

Anschrift Versicherter

Straße	Hausnr.
PLZ	Ort
Festnetz	Mobil
Tel. Arbeit	Email

Bei welchem **Zahnarzt** sind Sie/Ihr Kind in Kontrolle? (Name):

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

O *Zahnarzt*	O *Bekannte/Freunde*
O *Praxishomepage*	O *Sonstige:*.....
O *Focus Ärzteliste*	O *Facebook*

Erfolgte bereits eine kieferorthopädische Behandlung oder Beratung? O *ja* O *nein*

Wo? ..... *Wann?* .....

Folgende Familienmitglieder waren schon in kieferorthopädischer Behandlung:
☐ *Mutter* ☐ *Vater* ☐ *Geschwister*

Welches Anliegen für eine Beratung haben Sie?

Allgemeine Erkrankungen

	ja	nein	Bemerkungen		ja	nein	Bemerkungen
Allergien (welche)	O	O		*Lebererkrankungen*	O	O	
Allergiepass?	O	O		*Nierenerkrankungen*	O	O	
Atemwegserkrankungen (Asthma)	O	O		*Magen-Darm-Erkrankungen*	O	O	
Blutgerinnungsstörungen	O	O		*Glaukom*	O	O	
Bluthochdruck	O	O		*Osteoporose*	O	O	
Epilepsie	O	O		*Diabetes*	O	O	
Schilddrüsenerkrankungen	O	O		*Hauterkrankungen*	O	O	
Hämatologische Erkrankungen	O	O		*Tumorerkrankungen*	O	O	
Herz-Kreislauf-Erkrankungen	O	O		*Wurden Polypen/Mandeln entfernt?*	O	O	
Infektionskrankheiten (Hepatitis)	O	O		*Rheumatische Erkrankungen*	O	O	
Immunmangel-Syndrom (AIDS, HIV)	O	O		*Orthopädische Erkrankungen*	O	O	

Sonstige Erkrankungen / Bemerkungen:

*Nehmen Sie regelmäßig **Medikamente** ein?* O *ja* O *nein*

Wenn ja, welche?

Röntgen

Wurden in den letzten 12 Monaten Röntgenaufnahmen durchgeführt? O *ja* O *nein*

Wenn ja, in welchem Bereich?.

Besteht eine Schwangerschaft? O *ja* O *nein*

Mit den für die Diagnostik und Behandlung notwendigen Röntgenaufnahmen erkläre ich mich einverstanden O *nein* O *ja*

Weitere Angaben zum Patienten

	ja	nein	Bemerkungen		ja	nein	Bemerkungen
Sind Nichtanlagen von Zähnen selbst o. in der Familie bekannt?	○	○		*Besteht Mundatmung?*	○	○	
Unfälle mit Verletzungen im Kopf- und Halsbereich?	○	○		*Verlust von Zähnen durch Unfall?*	○	○	
Zahnfleischbehandlung (Parodontose)?	○	○		*Neigung zum Brechreiz?*	○	○	
Bestehen oder bestanden Lutschgewohnheiten? (Daumen, Finger, Schnuller)	○	○		*Bestehen schlechte Angewohnheiten? z.B. Nägelkauen, Stiftkauen*	○	○	

Liegen bei Ihnen vor:

- ☐ *Zähneneknirschen / -pressen*
- ☐ *Kiefergelenksknacken*
- ☐ *Kiefergelenksschmerzen*

Sind oder waren Sie in folgender Behandlung:

- ☐ *Krankengymnastik*
- ☐ *Logopädie*
- ☐ *Osteopathie*

Allgemein

- *Diese Angaben sind für eine vertrauensvolle Zusammenarbeit und sachgerechte medizinische Behandlung erforderlich. Ich bin damit einverstanden, dass sie z.B. aus abrechnungstechnischen Gründen an die KZV (Kassenzahnärztliche Vereinigung) oder eine andere Verrechnungs- bzw. Begutachtungsstelle weitergeleitet werden. Ich bin darüber informiert und damit einverstanden, dass diese Angaben sowie Untersuchungsbefunde und Dokumente mit Fachkollegen besprochen, bzw. bei Behandlungsübernahme durch einen Fachkollegen an diesen weitergegeben werden dürfen. Röntgenbilder, Modelle und kieferorthopädische Apparaturen bleiben Eigentum des Behandlers.*
- *Bitte haben Sie Verständnis, dass vereinbarte, aber nicht spätestens 24 Stunden vorher abgesagte Termine in Rechnung gestellt werden.*
- *Als Serviceleistung bieten wir Ihnen die Terminerinnerung per SMS und Email an, die Sie ein bis zwei Tage vor Ihrem Termin nochmals darauf aufmerksam macht. Sollten Sie solch eine Terminerinnerung nicht wünschen, so geben sie bitte am Empfang Bescheid.*
- *Die im Verlauf der Behandlung angefertigten fotografischen Aufnahmen, Röntgenbilder, Gebissabdrücke sowie Arztbriefe dürfen in nicht verschlüsselter Form per Mail oder postalisch weitergeleitet werden. Diese Weitergabe erfolgt ausschließlich an den Gutachter, den behandelnden Zahnarzt, Fachzahnarzt für Oralchirurgie, Fachzahnarzt für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie, sowie ggf. an den behandelnden Logopäden oder Physiotherapeuten. Durch die Einwilligung entbinde ich insoweit die behandelnden Kieferorthopäden von ihrer ärztlichen Schweigepflicht.*
- *Bei Minderjährigen sollten beide Elternteile unterschreiben. Liegt die Unterschrift nur eines Elternteils vor, so versichert der Unterzeichnende zugleich, dass er im Einverständnis mit dem anderen Elternteil handelt oder das alleinige Sorgerecht für das Kind hat.*

Hinweise für gesetzlich versicherte Patienten:

Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren

Die Kosten für das Erstberatungsgespräch sowie für die Anfertigung und Auswertung der diagnostischen Unterlagen zur Erstellung eines Behandlungsplanes werden von den gesetzlichen Krankenkassen übernommen. Die Beurteilung des Schweregrades einer Zahn- bzw. Kieferfehlstellung erfolgt bei den gesetzlichen Krankenkassen nach der KIG-Einstufung 1-5 (KIG: kieferorthopädische Indikationsgruppe). Wird eine Einstufung in die KIG 3 bis 5 festgestellt, beteiligt sich die gesetzliche Krankenkasse an den Gesamtkosten unseres Therapievorschlags. Bitte beachten Sie, dass die Vorgaben der gesetzlichen Krankenkassen nur eine ausreichende und zweckmäßige Behandlung innerhalb der KIG-Einstufung 3-5 vorsieht. Alle Behandlungsmaßnahmen, die über dieses ausreichende und zweckmäßige Behandlungsmaß hinausgehen, sind Privatleistungen und werden im Vorfeld in einer Zusatzvereinbarung aufgeführt. Bei einer Einstufung in KIG 1 bis 2 übernimmt die Krankenkasse nur die Kosten für das Beratungsgespräch, alle weiteren Kosten stellen für den Patienten eine reine Privatleistung dar.

Erwachsene Patienten

Das Erstberatungsgespräch wird über die gesetzliche Krankenversicherung abgerechnet. Die Anfangsdiagnostik (Erstellung eines detaillierten Behandlungsplanes mithilfe von Röntgenaufnahmen, Abdrücken, Fotos sowie Auswertungen ca. €430) sowie die kieferorthopädische Behandlung an sich stellen reine Privatleistungen dar und werden von den gesetzlichen Krankenkassen nicht übernommen.

Ausnahme: *Bei Erwachsenen mit ausgeprägter Kieferfehlstellung, die ein kombiniert kieferorthopädisch-kieferchirurgisches Vorgehen notwendig macht, beteiligt sich die Krankenversicherung an den Kosten Ihrer Behandlung.*

Patienten mit Kiefergelenksproblemen

Während der Erstberatung in unserer Praxis werden sie umfassend über Hintergründe und Ursachen Ihrer Krankheit aufgeklärt. Die intensive Beratung von Kiefergelenksproblemen mit einer eingehenden Untersuchung Ihrer Kiefergelenke hat eine Dauer von ca. 30-40 Minuten und kann daher nicht nur als Kassenleistung angeboten werden. Deswegen fallen bei der durchgeführten Beratung Mehrkosten in Höhe von ca. €100 an.

Einwilligung zur veröffentlichen von Fotos – ohne Namensnennung

Hiermit erteile/n ich/wir meine/unsere Einwilligung, dass von o.g. Patienten Bilder, welche in der Praxis Dr. Bottenberg & Dr. Maruta hergestellt werden, in geänderter und/oder unveränderter Form, ohne zeitliche Einschränkung auf der Praxishomepage, Broschüren, Sozial-Media-Beiträgen, Publikationen, etc., ohne Namen verwendet werden dürfen.

○ *Wir, Ich sind /bin damit einverstanden*

○ *Wir, Ich sind /bin nicht einverstanden*

Die oben genannten Informationen habe ich erhalten und verstanden. Ich bestätige die Richtigkeit der von mir gemachten Angaben:

Taunusstein, den	Taunusstein, den
Patient / 1. gesetzlicher Vertreter	*2. gesetzlicher Vertreter*

Formular ausdrucken

Formular per E-Mail senden