

Praxis für Kieferorthopädie am Südermarkt

Dr. Dr. Niels Seeck & Dr. Matthias Moog

Herzlich willkommen in Ihrer innovativen kieferorthopädischen Fachpraxis

-Kieferorthopädie für Kinder und Erwachsene-

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 bedarfsgerechte Behandlung. Alle Angaben unterliegen soweit nicht anders vereinbart der ärztlichen Schweigepflicht. Mit Ihrer Unterschrift erklären Sie Ihr Einverständnis, die diagnostischen Unterlagen in dieser Praxis für die Erstellung des Heil- und Kostenplanes anfertigen zu lassen.

Ihr *Dr. Dr. Seeck und Dr. Moog*

Patientin/ Patient

Name _____ Vorname _____ geb. _____

Versicherte Person

Beruf

Anschrift

Straße _____ Nr. _____ Tel. privat/ tagsüber _____

PLZ _____ Ort _____

gesetzlich versichert

**privat
zusatz-
versichert**

Mir ist bekannt, dass ich im Interesse eines guten kieferorthopädischen Behandlungsergebnisses alle Bausteine einer modernen, ganzheitlichen und umfassenden kieferorthopädischen Behandlung, die ganz oder teilweise nicht von meiner Krankenkasse übernommen werden, gesondert und privat vereinbaren kann. Es sollen nur solche Leistungen privat erbracht werden, die ich im Einzelfall ausdrücklich wünsche. Die Erstattung von nicht durch die Kasse erstattungsfähigen Leistungen ist bei geeigneter Zusatzversicherung möglich.

privat versichert

beihilfeberechtigt

Rechnungstellung direkt an den Versicherten, Rückerstattung durch entsprechende Voll-Versicherung möglich. Bei „Basistarif“-Versicherung erstattet die Versicherung nur einen Teil des Rechnungsbetrags. Hierüber wurde ich informiert.

Krankenkasse/ Versicherung:

Für gesetzlich versicherte Patienten

Bitte halten Sie die Krankenversichertenkarte bei jedem Besuch in der Praxis bereit. Liegt sie uns auch zum Ende eines Behandlungsquartals nicht vor, behalten wir uns vor Sie als Selbstzahler zu führen, und eine Rechnung nach der privaten Gebührenordnung für Zahnärzte zu erstellen.

Bestellpraxis

Wir sind immer bemüht, Ihnen lange Wartezeiten zu ersparen. Deshalb bitten wir Sie, vereinbarte Termine mindestens 24 Stunden vorher abzusagen, falls Sie verhindert sind. Wir sind berechtigt, geplante Leistungen von nicht eingehaltenen Terminen auch Mitgliedern der gesetzlichen Krankenversicherung privat in Rechnung zu stellen, möchten dieses jedoch vermeiden und bitten daher um Ihre Kooperation.

Einverständniserklärung zur Verwendung diagnostischer Unterlagen

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass alle von mir/ meinem Kind in der Praxis für Kieferorthopädie am Südermarkt angefertigten diagnostischen Unterlagen incl. Fotos bei Bedarf zu wissenschaftlichen Zwecken und zu Zwecken der Aus-, Fort- und Weiterbildung verwendet werden dürfen.

Abrechnungsmodalitäten und Datenschutz

Ich erteile der Praxis für Kieferorthopädie am Südermarkt die Ermächtigung die Rechnungslegung für alle bestehenden und zukünftigen Forderungen durch ein Abrechnungsunternehmen durchführen zu lassen und zur Absicherung bei Zahlungsverzug die Ermächtigung zur Einholung von Bonitäts-Auskünften (Schufa o.ä.). Werden weitere Behandler in die Praxis aufgenommen oder übernimmt ein Dritter die Praxisführung, so bin ich mit der Übergabe der Behandlungsunterlagen sowie mit der Übertragung der Liquidierung an diese Person oder Körperschaft einverstanden. Ich bin damit einverstanden, dass vertrauliche Behandlungsinhalte zur kollegialen fallbezogenen Kommunikation mit anderen an meiner Behandlung bzw. an der Behandlung meines Kindes beteiligten Ärzten, Zahnärzten und Heilhilfsberuflern ausgetauscht werden dürfen.

Behandlungsdurchführung

Sofern nötig wünsche ich die Anfertigung von Befundunterlagen und die Therapieplanung sowie -durchführung in der Praxis für Kieferorthopädie am Südermarkt. Notwendige Unterlagen und kieferorthopädische Geräte, die für die Behandlung Verwendung finden, bleiben Eigentum des verordnenden Kieferorthopäden und dürfen bei Aufnahme weiterer Behandler oder Übergabe der Praxis an einen Dritten an diese Person oder Körperschaft weitergegeben werden.

Risiken und Nebenwirkungen einer kieferorthopädischen Behandlung

Eine kieferorthopädische Behandlung kann wie jede medizinische Heilbehandlung Risiken und Nebenwirkungen haben. Daher werde ich vor Behandlungsbeginn einen entsprechenden Aufklärungsbogen von Dr. Dr. Seeck und Dr. Moog anfordern falls ich ihn nicht automatisch erhalte.

Ort, Datum und Unterschrift des Patienten bzw. eines gesetzlichen Vertreters

Praxis für Kieferorthopädie am Südermarkt

Dr. Dr. Niels Seeck & Dr. Matthias Moog

Aufnahmebogen

Patient:

Waren Sie schon einmal bei uns? ja nein

Behandelnder Zahnarzt (ZA): ZA:
-Hausarzt (HA): HA:

Sind / waren Geschwisterkinder in unserer Praxis? ja nein

Von wem wurde Ihnen unsere Praxis empfohlen?

Welche **Medikamente** werden regelmäßig eingenommen?

Allergien? ja nein

Materialien /Medikamente mit Verdacht auf Überempfindlichkeit:
Vorkommnis von **Ohnmachtsanfällen?** ja nein

Vorkommnis **epileptischen** Anfällen oder Krämpfen? ja nein

Liegt eine **Blutungsneigung** vor? ja nein

Infektionskrankheiten

Besteht/ bestand eine Leberentzündungen/Gelbsucht (Hepatitis) ja ausgeheilt nein

Tuberkulose ja ausgeheilt nein

Wurde jemals ein Aidstest durchgeführt? ja nein

- Wenn ja mit welchem Ergebnis?

Bestehen oder bestanden **andere Erkrankungen** (z.B. ADHS, Schilddrüse, Diabetes, Asthma etc.) ja nein

- Wenn ja, welche?

Röntgen

Wurde in den letzten 12 Monaten im Kopf- Kiefer- Zahnbereich geröntgt? ja nein

Wenn ja, bei welchem Arzt, welche Aufnahmen?

Besteht eine Schwangerschaft? ja (SSW->) nein

Weitere wichtige Informationen zur Behandlungsplanung

Erfolgte bereits eine kieferorthopädische Untersuchung? ja nein

Wurde schon eine kieferorthopädische Behandlung durchgeführt? ja nein

- Wenn ja, bei welchem Arzt / Ärztin?

- Welche Therapie?

Wurden Zähne oder Kiefer verletzt? Wenn ja: bitte genaue Angabe ja: nein

Bestehen Kiefergelenkschmerzen? ja nein

Besteht Kiefergelenkknacken? ja nein

Erkrankungen der Wirbelsäule oder des Bewegungsapparates, Tinnitus, ja nein

Kopfschmerzen, Migräne oder Nackenverspannungen?

Bestehen seelische Belastungen oder Stress-Situationen? ja nein

Besteht häufige Mundatmung? ja nein

Wurden die Mandeln entfernt? ja nein

Ausgeprägter **Würgereiz?** ja nein

Häufige Erkrankungen der Atemwege, Husten, Erkältungen? ja nein

Besteht Nagel-/ Lippenbeißen? ja nein

Wird oder wurde eine logopädischer Behandlung durchgeführt? ja nein

Besteht Daumen-/ Fingerlutschen? ja nein

Bei Notwendigkeit: Ist die **Motivation** für eine Zahnspange vorhanden? ja nein

Vielen Dank für Ihre Mithilfe! Bitte teilen Sie uns sofort Änderungen der obigen Angaben mit.

Ort und Datum

Unterschrift des Patienten bzw. eines gesetzlichen Vertreters