

LIEBE PATIENTIN, LIEBER PATIENT,

herzlich willkommen in der Kieferorthopädie am Japanischen Garten.

Wir möchten Sie gerne kennenlernen und bitten Sie daher, diesen Bogen auszufüllen.

Ihre Angaben sind für eine vertrauensvolle Zusammenarbeit wie auch eine sachgerechte medizinische Behandlung erforderlich. Sie werden streng vertraulich behandelt und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht sowie den Bestimmungen zum Datenschutz.

Dr. Sebastian Schamberger
Ihr Team der Kieferorthopädie am Japanischen Garten



KIEFERORTHOPÄDIE
AM JAPANISCHEN GARTEN
Dr. Sebastian Schamberger

Lauterstraße 10
67657 Kaiserslautern

Tel.: 0631.360 9000
Fax: 0631.363 3445

info@kfo-kaiserslautern.de
www.kfo-kaiserslautern.de

Angaben zur Patientin / zum Patienten

m w d

Name, Vorname

Geburtsdatum/-ort

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Telefon- oder Handynummer

E-Mail

Angaben zur Versicherung

gesetzliche Versicherung Name der Krankenkasse

private Vollversicherung Name der Versicherung

private Basisversicherung Name der Versicherung

private Zusatzversicherung für Kieferorthopädie Name der Versicherung

Beihilfe



Was ist der Grund Ihres Besuchs?

Beratung schiefe Zähne Kauprobleme Empfehlung vom Zahnarzt Sprechprobleme

Sonstiges

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Zahnarzt Familie Freunde / Bekannte / Kollegen

Internet Auf welcher Seite?

Sonstiges

Wer ist Ihre Zahnärztin / Ihr Zahnarzt?

Name Ort

Wurden Sie bereits kieferorthopädisch beraten?

nein ja Wann und wo?

Wurden Sie bereits kieferorthopädisch behandelt?

nein ja Wann und wo?

Wurde die Behandlung regulär abgeschlossen? ja nein

Liegen ähnliche Zahn- und/oder Kieferfehlstellung in der Familie vor?

nein ja Bei welchem/n Familienmitglied/-ern?

Haben Sie eine (oder mehrere) der folgenden Angewohnheiten?

Lispeln Mundatmung Schnarchen Lippenbeißen/-saugen Nägelkauen

Wangenbeißen/-saugen

Knirschen oder pressen Sie?

nein ja Zu welcher Gelegenheit?

Haben Sie häufig Verspannungen, Kopfschmerzen, Schmerzen im Gesichtsbereich oder beim Kauen?

nein ja Was genau und wie oft?

Haben Sie Kiefergelenkknacken oder -beschwerden?

nein ja Bitte genauer erläutern



Befinden oder befanden Sie sich jemals in logopädischer Behandlung?

nein ja Wann und warum?

Befinden oder befanden Sie sich jemals in HNO-ärztlicher Behandlung (z.B. wegen Polypen)?

nein ja Wann und warum?

Haben Sie jemals einen Unfall im Hals-Kopf-Bereich erlitten?

nein ja Wann und wo genau?

Leiden Sie an einer dieser Krankheiten oder haben Sie jemals daran gelitten?

Hepatitis Diabetes Migräne Blutkrankheit Epilepsie Herzleiden
Sonstiges

Haben Sie Allergien?

nein ja Welche?

Nehmen Sie Medikamente ein?

nein ja Welche?

Wurden Sie im letzten Jahr im Kopf-, Kiefer- oder Zahnbereich geröntgt?

nein ja Falls ja, bringen Sie uns bitte diese Aufnahmen zum nächsten Termin mit.

Besitzen Sie einen Röntgenpass?

nein ja

Besteht momentan eine Schwangerschaft?

nein ja

Gibt es noch irgendetwas, von dem Sie glauben, dass es für Ihre kieferorthopädische Behandlung relevant ist?

.....
.....



Verwendung personenbezogener Daten

Ich stimme der Erhebung, Speicherung und Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten durch die Praxis *Kieferorthopädie am Japanischen Garten, Dr. Sebastian Schamberger* zu. Das an der Anmeldung und unter www.kfo-kaiserslautern.de einsehbares Informationsblatt zur Datenverarbeitung habe ich zur Kenntnis genommen. Diese Einwilligung kann ich jederzeit schriftlich widerrufen. Dazu genügt eine E-Mail an info@kfo-kaiserslautern.de. Ich wurde darüber belehrt, dass ich, sofern die personenbezogenen Daten auf Grundlage von berechtigten Interessen gemäß Art. 6 Abs. 1 lit. f DSGVO verarbeitet werden, das Recht habe, gemäß Art. 21 DSGVO Widerspruch gegen die Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten einzulegen, soweit dafür Gründe vorliegen, die sich aus meiner besonderen Situation ergeben. Dazu genügt ebenfalls eine E-Mail an info@kfo-kaiserslautern.de.

Austausch von Behandlungsdaten

Ich ermächtige die Praxis *Kieferorthopädie am Japanischen Garten, Dr. Sebastian Schamberger* Befunde und Behandlungsdaten, die für meine kieferorthopädische Behandlung relevant sind (wie z.B. Röntgenaufnahmen), bei außenstehenden Leistungserbringern (wie z.B. Zahnarzt oder Hausarzt) einzuholen sowie Befunde und Behandlungsdaten, die für die weitere medizinische Behandlung relevant sind, an mitbehandelnde Ärzte zu übermitteln. Insoweit entbinde ich die beteiligten Ärzte ausdrücklich von ihrer Schweigepflicht.

Erbringung von Teilleistungen durch Zahnarzhelferinnen

Mir ist bewusst, dass moderne Kieferorthopädie der Teamarbeit bedarf. Daher werden in der Praxis *Kieferorthopädie am Japanischen Garten, Dr. Sebastian Schamberger* Teilleistungen auch von aus- und fortgebildeten Zahnarzhelferinnen nach vorheriger individueller Anordnung durch den Kieferorthopäden und unter dessen Aufsicht, Überwachung und Kontrolle erbracht.

Externe Abrechnungsstelle

Ich erteile hiermit die jederzeit widerrufliche Einwilligung, dass die Praxis *Kieferorthopädie am Japanischen Garten, Dr. Sebastian Schamberger* alle zur Abrechnung der mir gegenüber erbrachten Behandlungsleistungen erforderlichen Daten, insbesondere Name, Geburtsdatum, Anschrift, Krankenversicherung, Befunde, Behandlungsverläufe, etc., auch soweit es sich dabei um personenbezogene Daten handelt, der damit beauftragten Abrechnungsstelle zum Zwecke der Rechnungserstellung und des Inkassos zur Verfügung stellt. Insoweit entbinde ich die Praxis *Kieferorthopädie am Japanischen Garten, Dr. Sebastian Schamberger* ausdrücklich von der ärztlichen Schweigepflicht.

.....

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass alle Angaben in diesem Anamnesebogen vollständig und richtig sind. Ich werde die Praxis umgehend über alle Änderungen (Gesundheitszustand / Adresse / Telefonnummer / Krankenkassenwechsel etc.) informieren. Ich habe die oben stehenden Hinweise zur Kenntnis genommen und stimme ihnen zu.

Ort, Datum

Unterschrift