



Dr. med. dent.

Interne Nummer: \_\_\_\_\_

# ELMAR BILLIG

Fachzahnarzt für Kieferorthopädie

## 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

Private Krankenversicherung bei:

Beihilfeberechtigt?  
ja

### 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"/> |
| <b>vegetative Erkrankungen</b>   |                          |                          |
| Hatten Sie schon Ohnmachtsanfälle?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>Erkrankungen des Nervensystems</b>  |                          |                          |
| Leiden Sie unter epileptoformen Anfällen o. Krämpfen?                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>Bluterkrankungen</b>  |                          |                          |
| Liegt eine erhöhte Blutungsneigung vor?                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>Infektionskrankheiten</b>   |                          |                          |
| Hatten Sie Leberentzündungen/Gelbsucht<br>(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?<br>Wenn ja, mit welchem Ergebnis? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

---

## Röntgen

Wurden Sie in den letzten 12 Monaten im Kopf-Kiefer-Zahnbereich geröntgt?  
Wenn ja, wo?

---

## Besteht eine Schwangerschaft?

Wenn ja, in welchem Monat?

(Nein bedeutet, daß eine Schwangerschaft derzeit mit Sicherheit ausgeschlossen werden kann.)

Ja  Nein  
im \_\_\_\_ . Monat

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

## **Einverständniserklärung / Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht**

Die am 25. Mai 2018 in Kraft getretene Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) regelt genau, wer, wann, welche sensiblen Daten speichern, verarbeiten und weitergeben darf. Damit dadurch in Ihrer Behandlung keine Verzögerung entsteht, möchten wir Sie bitten, uns vorab mitzuteilen, wie wir zukünftig mit Ihren persönlichen Daten umgehen sollen. An dieser Stelle geht es dabei im Einzelnen um Röntgenbilder, Modelle, Fotos, Befunde und sonstige Behandlungsunterlagen.

**Ich habe verstanden, daß ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich widerrufen kann.**

Patient: \_\_\_\_\_

### **Weitergabe von Unterlagen**

|                          |   |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | Ich bin damit <b>einverstanden</b> , daß die Praxis Dr. Billig alle diagnostischen und sonstigen Unterlagen an alle derzeit oder zukünftig mit der Behandlung des o. g. Patienten betrauten Zahnärzte / Ärzte oder Dentallabore <b>weitergibt</b> . |
| <input type="checkbox"/> | Ich <b>widerspreche</b> der <b>Weitergabe</b> sämtlicher Unterlagen durch die Praxis Dr. Billig.  |
| <input type="checkbox"/> | Ich schränke die Weitergabe der Unterlagen auf folgende Zahnärzte / Ärzte ein:<br><br>Ich schränke die Weitergabe der Unterlagen auf folgende Dentallabore ein:<br><br>Ich schränke die Weitergabe der Unterlagen auf folgende Unterlagen ein:      |

### **Anforderung von Unterlagen**

|                          |   |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | Ich bin damit <b>einverstanden</b> , daß die Praxis Dr. Billig alle diagnostischen und sonstigen Unterlagen von allen derzeit oder zukünftig mit der Behandlung des o. g. Patienten betrauten Zahnärzten / Ärzten oder Dentallaboren <b>anfordert</b> . |
| <input type="checkbox"/> | Ich <b>widerspreche</b> der <b>Anforderung</b> sämtlicher Unterlagen durch die Praxis Dr. Billig.   |
| <input type="checkbox"/> | Ich schränke die Anforderung der Unterlagen auf folgende Zahnärzte / Ärzte ein:<br><br>Ich schränke die Anforderung der Unterlagen auf folgende Dentallabore ein:<br><br>Ich schränke die Anforderung der Unterlagen auf folgende Unterlagen ein:       |

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Name in BLOCKSCHRIFT

\_\_\_\_\_  
Unterschrift