

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		geb.am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Versicherte(r)

Dokumentation zum Patientengespräch: Anamnese

Behandlungseinrichtung	Beh.-ID
Dr. Felix Bergschneider	
Fachzahnarzt für Kieferorthopädie	
Louis-Appia-Passage 9	
60314 Frankfurt am Main	
Behandelnde(r) Ärztin/Arzt:	Arzt-ID
Dr. med. dent. Felix Bergschneider	1

ANMELDE- UND ANAMNESEBOGEN

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
herzlich willkommen in unserer
kieferorthopädischen Praxis.
Zur Anlage Ihrer persönlichen Behandlungskartei und
im Interesse einer komplikationslosen Behandlung
benötigen wir von Ihnen einige Angaben.
Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen vollständig
und richtig. Alle Angaben unterliegen nach §203 StGB
der ärztlichen Schweigepflicht.

J = Ja | N = Nein

PATIENT

Titel:

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Straße, Hausnummer:

PLZ, Ort:

PERSÖNLICHE DATEN

Geburtsort:

Beruf:

KONTAKTDATEN

Telefon (privat):

Telefon (mobil):

E-Mail-Adresse:

VERSICHERUNG

Krankenkasse

☐ Gesetzlich versichert

☐ Privat versichert

☐ Beihilfeberechtigt

☐ KFO-Zusatzversicherung

Anamnese

HAUPTVERSICHERTE PERSON/ ZAHLUNGSPFLICHTIGE/R/ RECHNUNGSADRESSE

☐ identisch

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Geburtsort:

Straße, Hausnummer:

PLZ, Ort:

Telefon (privat):

Telefon (mobil):

E-Mail:

Beruf:

ERZIEHUNGSBERECHTIGTE/R

(falls abweichend von hauptvers. Person/Zahlungspflichtige/r)

Name, Vorname:

Telefon:

IHR ZAHNARZT

Name, Vorname:

Ort:

BEFINDEN SICH VERWANDTE/ BEKANNT BEI UNS IN BEHANDLUNG?

J ☐ N ☐

WURDE DER KIEFERBEREICH IN DEN LETZTEN 12 MONATEN GERÖNTGT?

J ☐ N ☐

PRESSEN ODER KNIRSCHEN SIE MIT DEN ZÄHNEN?

J ☐ N ☐

WURDEN SIE SCHON KIEFERORTHOPÄDISCH BEHANDELT?

J ☐ N ☐

HABEN SIE ALLERGIEN?

J ☐ N ☐

HABEN SIE ERKRANKUNGEN/ VERLETZUNGEN/OPERATIONEN IM MUND-, KIEFER- ODER GESICHTSBEREICH?

J ☐ N ☐

LIEGT EINE SCHWERE INFektion (Z.B.: HIV, TBC, HEPATITIS) VOR?

J ☐ N ☐

ALLGEMEIN

Geschlecht:

☐ W ☐ M ☐ D

PATIENTINNEN:

LIEGT EINE SCHWANGERSCHAFT VOR?

☐ Nein ☐ Ja ☐ Ungewiss

Anamnese

SIND HOBBY ODER BERUF VERBUNDEN MIT:

- ☐ Gesang
- ☐ Geige
- ☐ Blasinstrument:

- ☐ Ballsport:

- ☐ Kampfsport:

RAUCHEN SIE?

J ☐ N ☐

SIE WÜNSCHEN, DASS FOLGENDE BESONDERHEITEN BERÜCKSICHTIGT WERDEN:

DIE PRAXIS DR. FELIX BERGSCHNEIDER MÖCHTE IHNEN ZUSÄTZLICH FOLGENDE INFORMATIONEN GEBEN:

Gesetzlich versicherte Patienten:

Wir bitten darum, uns rechtzeitig bei jedem Quartalswechsel Ihre Krankenversichertenkarte vorzulegen, ansonsten gehen wir davon aus, dass Sie eine Privatbehandlung wünschen.

Privatpatienten, insbesondere

Beihilfeberechtigte:

Erkundigen Sie sich bitte im Falle einer Behandlung möglichst vor Beginn der aktiven Therapie bei Ihrem Kostenträger über die mögliche Kostenerstattung. Eine vollständige Erstattung ist nicht immer gewährleistet.

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie die Vollständigkeit und Richtigkeit Ihrer Angaben. Bitte teilen Sie uns Änderungen schnellstmöglich mit.

Unterschrift Patient/Erziehungsberechtigter
Ort/Datum:

Einwilligung und Schweigepflichtentbindung Abrechnung und Einziehung ärztlicher Honorarforderungen Patient/in

Anamnese

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Ich willige ein, dass die mich behandelnde Ärztin / der mich behandelnde Arzt

Dr. med. dent. Felix Bergschneider

die zur Abrechnung und Einziehung meiner ärztlichen Honorarforderungen erforderlichen personenbezogenen Daten verarbeitet und – soweit erforderlich – an beauftragte **Abrechnungsdienstleister, Inkassounternehmen oder Rechtsanwälte** übermittelt.

Dies umfasst insbesondere meine Identifikations- und Kontaktdaten sowie Angaben zu Rechnungen, Forderungshöhe, Fälligkeit, Zahlungen und Mahnungen. Medizinische Angaben werden nur übermittelt, soweit dies für die Abrechnung bzw. die konkrete Durchsetzung der Honorarforderung erforderlich ist.

Schweigepflichtentbindung:

Soweit die vorgenannte Übermittlung von Informationen der ärztlichen Schweigepflicht unterliegt, entbinde ich die oben genannte Ärztin / den oben genannten Arzt insoweit von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber den jeweils beauftragten Abrechnungsdienstleistern, Inkassounternehmen und Rechtsanwälten.

Die Entbindung gilt ausschließlich für die **Abrechnung sowie die außergerichtliche und erforderlichenfalls gerichtliche Einziehung konkreter ärztlicher Honorarforderungen**. Eine pauschale Weitergabe meiner Patientenakte, von Befunden oder nicht erforderlichen medizinischen Informationen ist nicht umfasst.

Ich wurde darüber informiert, dass ich diese Einwilligung und Schweigepflichtentbindung mit Wirkung für die Zukunft jederzeit widerrufen kann. Die Rechtmäßigkeit der bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung bleibt unberührt.

Unterschrift Patient/in:

Ort/Datum: