

## Anmeldebogen

## Dr. Ulrich Endres, Fachzahnarzt für Kieferorthopädie

Patienten-Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Geb.: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_ PLZ: \_\_\_\_\_ Wohnort: \_\_\_\_\_

Telefon tagsüber/mobil: \_\_\_\_\_ privat: \_\_\_\_\_

Name des Versicherten: \_\_\_\_\_ Geb.: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_ Arbeitgeber: \_\_\_\_\_

Rechnung an: Name, Anschrift: \_\_\_\_\_

gesetzliche Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Privatversicherung: welche ? \_\_\_\_\_ Beihilfe: O JA O NEIN wieviel % ? \_\_\_\_\_

behandelnder Zahnarzt: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

Empfohlen/Überwiesen durch: \_\_\_\_\_

Anamnese: War der Patient bereits beim Kieferorthopäden ? O JA O NEIN

Findet / fand eine kieferorthopädische Behandlung statt ? O JA O NEIN

Wenn ja, bei wem ? \_\_\_\_\_ wann ? \_\_\_\_\_

Waren /sind Geschwister in kieferorthopädischer Behandlung ? O JA O NEIN

Hatte / hat einer der Eltern/Großeltern eine Zahnfehlstellung ? O JA O NEIN

Gewohnheiten: O Lutschen O Lippenbeißen O Nägelkauen O Sprachfehler O Mundatmung O Schnuller

Ist der Patient in ärztlicher Behandlung? O JA O NEIN Wenn ja, weshalb ? \_\_\_\_\_

Werden Medikamente eingenommen ? O JA O NEIN Wenn ja, welche ? \_\_\_\_\_

Krankheiten/Allergien ? (HIV, Hepatitis, Epilepsie, Herzfehler, Diabetes, Asthma, Blutungsneigung, etc...) O JA O NEIN

Wenn ja, welche ? \_\_\_\_\_

Bitte informieren Sie uns zeitnah über Veränderungen bei Adresse und Telefonnummer, damit wir Sie immer erreichen können.

Gesetzlich Versicherte haben zu Beginn eines jeden Quartals bitte die Krankenversicherungskarte unaufgefordert mitzubringen.

Datenschutz: Wir erheben, verarbeiten, nutzen personenbezogene Daten unserer Patienten (bzw. deren Eltern/Sorgeberechtigten) entsprechend der gesetzlichen Bestimmungen zum Zweck der kieferorthopädischen Behandlung, Dokumentation und Abrechnung sowie Kommunikation mit Patient oder Zahnarzt/Primärarzt (einschl. Berichte). Mit meiner Unterschrift erteile ich auch die Zustimmung zur Erhebung, Verarbeitung und Nutzung dieser Daten.

Nur für Privat-, Beihilfe- oder PostBeKK-Versicherte: Mir ist bekannt, daß die Erstattung von Leistungen durch Versicherung/Beihilfe möglicherweise ganz oder teilweise nicht gewährleistet ist. Dies berechtigt den Zahlungspflichtigen nicht zur Kürzung der entsprechenden Rechnung.

Hiermit erkläre ich ausdrücklich mein Einverständnis zur Weitergabe meiner zum Einzug der Forderungen notwendigen persönlichen Patienten- bzw. Behandlungsdaten, wie Anschrift, Geburtsdatum, Kostenträger, evtl. Tarife, Behandlungstage, erbrachte Leistungen nach der Gebührenordnung an die Zahn-Ärztliche Verrechnungsstelle Deutschlands e.V., Schulgasse 17, 86641 Rain am Lech zum Zwecke der Einziehung der ärztlichen Honorarforderung. Ich bin mir darüber bewußt, dass ich die Einwilligung freiwillig erteile und ich diese jederzeit widerrufen kann.

Mit meiner Unterschrift erkläre ich mein Einverständnis mit oben Stehendem und versichere Richtigkeit und Vollständigkeit der hier gemachten Angaben.

Augsburg, den \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

(ggf. des Erziehungsberechtigten)