



Patienteninformation

Wichtige Information für Eltern gesetzlich versicherter Kinder

Laut Sozialgesetzbuch V § 29 Absatz 2 leistet der Versicherte zur kieferorthopädischen Behandlung von den durch die gesetzlichen Krankenkassen übernommenen Leistungen anteilig einen Beitrag von 20 % (Bei Geschwistern fällt bei einem weiteren Kind mit kieferorthopädischer Behandlung hierfür anteilig ein Betrag in Höhe von 10 % der durch die Krankenkasse übernommenen Leistungen an).

(vgl. SGB V, § 29, Abs. 2)

Für Sie bedeutet das, dass bei der Erstuntersuchung Kosten (z. B. für diagnostische Unterlagen) anfallen können, die mit einem Anteil von 20% von Ihnen zu tragen sind. Bei einer erfolgreich abgeschlossenen Behandlung werden diese Kosten jedoch von Ihrer Krankenkasse zurückerstattet.

Sollten Sie die Behandlung nicht beginnen, so reichen Sie die Rechnung (nach Begleichung) bei Ihrer Krankenkasse zur Erstattung ein.

Hiermit bestätige ich, dieses Informationsschreiben gelesen und verstanden zu haben.

Patient/in (bitte in Druckbuchstaben)

Versicherte/r (bitte in Druckbuchstaben)

Ort, Datum

Unterschrift (Versicherte/r)

Patientenbogen für Kinder

Herzlich willkommen

in der Fachpraxis für Kieferorthopädie Dr. Höschel und Kollegen! Wir möchten uns mit Ihnen in Ruhe über Ihre kieferorthopädischen Wünsche unterhalten und Sie umfassend beraten. Dazu benötigen wir für den Beratungstermin neben Ihren Personalien auch medizinische Auskünfte.

Wir nehmen Ihre Angaben selbstverständlich diskret entgegen.

Wird von der Praxis ausgefüllt

Pat.-Nr.: _____ Recall: ja nein nach _____ Monaten
 Arzt: _____ Arztbr.: ja nein
 Ass.: _____

Patient/in

Name _____ Straße, Nr. _____
 Vorname _____ PLZ/Ort _____
 Geburtsdatum _____ Krankenkasse _____

Erziehungsberechtigter

(Zahlungspflichtiger Rechnungsempfänger)

Name _____ Name _____
 Vorname _____ Vorname _____
 Geburtsdatum _____ Geburtsdatum _____
 Straße, Nr. _____ Straße, Nr. _____
 PLZ/Ort _____ PLZ/Ort _____
 Tel. (privat) _____ Tel. (privat) _____
 Mobil _____ Mobil _____
 E-Mail (privat) _____ E-Mail (privat) _____
 Beruf _____ Beruf _____

Weiterer Erziehungsberechtigter

Versicherungsart

- gesetzl. versichert
- freiwillig versichert
- privat voll-versichert
- Beihilfe
- Basistarif einer privaten Versicherung
- Zusatzversicherung für Kieferorthopädie
- Zusatzversicherung für PZR

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

- Bekannte/Verwandte
- Werbung (Anzeige Tagespresse/Fachzeitschrift etc.)
- Zus. informiert auf www.dr-hoeschel.de
- Arzt/Zahnarzt
- Internet (Arzt- oder Gesundheitsportale)
- Facebook/Instagram
- Sonstiges: _____

Patientenbogen für Kinder

Zahnärztliche/Ärztliche Behandlung

Wer ist Ihr Zahnarzt? (Name, Adresse und Telefonnummer)

Soll Ihr Zahnarzt über die geplanten kieferorthopädischen Maßnahmen/den Verlauf der Behandlung informiert werden? ja nein

Bestehen allgemeinmedizinische Erkrankungen, Allergien, Unverträglichkeiten, oder Infektionskrankheiten (z.B. Hepatitis)? ja nein

Wenn ja, welche?

Nehmen Sie Medikamente ein? Welche? ja nein

Fragen zur Röntgenuntersuchung

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

Hinweis: Unsere modernen Geräte gewährleisten eine möglichst geringe Strahlendosis.

Bei Frauen: Besteht derzeit eine Schwangerschaft? ja nein

Fragen aus kieferorthopädischen Gründen

Wurden Sie schon einmal kieferorthopädisch behandelt oder beraten? ja nein

Wenn ja, bei welchem Arzt?

Helfen Sie uns Sie besser kennen zu lernen

Warum sind Sie zu uns gekommen und was können wir für Sie tun?

Vielen Dank für Ihre Mithilfe.

Wir werden uns bemühen Ihren Aufenthalt bei uns so angenehm wie möglich zu gestalten. Diese Angaben sind für eine vertrauensvolle Zusammenarbeit wie auch eine sachgerechte medizinische Behandlung erforderlich. Ihre Angaben werden streng vertraulich behandelt. Sie unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht gemäß § 203 des Strafgesetzbuches sowie den strengen Bestimmungen des Datenschutzgesetzes. Nur im Rahmen der Zusammenarbeit mit einer Abrechnungsgesellschaft werden abrechnungsspezifische Daten an diese weitergegeben. Moderne Kieferorthopädie bedarf, wie alle medizinischen Bereiche, der Teamarbeit. Daher werden Teilleistungen auch von aus- und fortgebildeten Zahnarztthelferinnen nach vorheriger individueller Anordnung durch den Kieferorthopäden und unter dessen Aufsicht, Überwachung und Kontrolle erbracht. Wir möchten Sie bitten, vorhandene Röntgenaufnahmen des Kieferbereichs mitzubringen.

Beratungsbogen für Kinder

Einwilligungserklärung / Schweigepflichtentbindungserklärung

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

die PVS rhein-ruhr GmbH (PVS), Remscheider Str. 16, 45481 Mülheim wird die Abrechnung der ärztlichen/therapeutischen Leistungen vornehmen, die Rechnung erstellen und die Honorarforderung bei Ihnen einziehen. Die PVS ist als eigenständiges Unternehmen Teil der Unternehmensgruppe PVS holding GmbH, die zugleich deren Muttergesellschaft ist. Die Muttergesellschaft übernimmt im Auftrag der PVS die Buchhaltung, stellt die EDV-Infrastruktur bereit samt Wartung und Pflege sowie den Druck und Versand der Post. Die PVS steht Ihnen im Rahmen der hierfür notwendigen Datenverarbeitung als datenschutzrechtliche Verantwortliche zur Wahrung Ihrer Rechte und für Rückfragen zur Verfügung. Die Mitarbeiter der vorgenannten Unternehmen sind Berufsheimnisträger und unterliegen der beruflichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes, so wie sie bei Ärztinnen und Ärzten vorgeschrieben sind.

Die Honorarforderungen werden treuhänderisch an die PVS abgetreten. Die PVS erstellt die Rechnung in eigenem Namen, zieht die Honorarforderung ein und steht Ihnen als Ansprechpartnerin zur Verfügung. Dabei unterliegt die PVS bis zur endgültigen Bezahlung auch zur Höhe der Honorarforderung den Weisungen des Leistungserbringers, welcher insoweit Herr des Verfahrens bleibt.

Mit Ihrer Unterschrift willigen Sie in die Abtretung der Honorarforderung und in die Datenverarbeitung zwecks Rechnungserstellung, Forderungseinzug und zur Auswertung der ärztlichen Arbeit ein. Ihre persönlichen Behandlungsdaten, wie Anschrift, Geburtsdatum, Kostenträger, evtl. Tarife, Behandlungstage, erbrachte Leistungen nach der Gebührenordnung und dazugehörige Diagnosen werden hierzu an die oben genannten PVS-Unternehmen übermittelt. Die Behandlung ist natürlich nicht von dieser Einwilligung abhängig. Sie können auch einzelne Behandlungen von dieser Erklärung ausnehmen. Dann müsste der Leistungserbringer selbst die Abrechnung vornehmen. Nachteile entstehen Ihnen hierdurch nicht. Sie können Ihre Einwilligung mit Wirkung für die Zukunft jederzeit widerrufen. Bis zum Zeitpunkt des Widerrufs erfolgte Datenverarbeitungen bleiben rechtmäßig. Ihre Daten dürfen dann noch insoweit weiter verarbeitet werden, wie dies aufgrund gesetzlicher Vorschriften erforderlich ist. Der Widerruf kann gegenüber dem Leistungserbringer oder der PVS mittels schriftlicher Erklärung unter Angabe Ihres Namens und Anschrift (ggf. Rechnungsnummer) geschehen. Auch hierdurch entstehen Ihnen keine Nachteile. Weitergehende Informationen zum Thema Datenschutz bei der PVS und zu Ihren Rechten erfahren Sie unter: www.ihre-pvs.de/datenschutz

Hiermit willige ich in die Datenverarbeitung durch die PVS zu den vorgenannten Zwecken ein und entbinde insoweit den Leistungserbringer und dessen berufsmäßige Gehilfen zugleich von der ärztlichen Schweigepflicht.

Datum

Unterschrift Patient/in und/oder gesetzlicher Vertreter

Für gesetzlich versicherte Patienten

Ihre Krankenversicherung verlangt, dass die Krankenversicherungskarte zu jedem Praxisbesuch mitgebracht werden soll. Liegt die Versicherungskarte innerhalb von 14 Tagen nach der Behandlung (bzw. zur Rechnungsstellung) nicht vor, so muss die Behandlung als Privatbehandlung betrachtet werden und eine entsprechende Privatrechnung nach GOZ (Gebührenordnung für Zahnärzte) zugestellt werden.

Für alle Patienten

Bestellpraxis: Hinweis zur Organisation

Wir sind immer bemüht, Ihnen lange Wartezeiten zu ersparen. Deshalb bitten wir Sie, vereinbarte Termine mindestens 48 Stunden vorher abzusagen, falls Sie verhindert sind. Werden vereinbarte Termine nicht rechtzeitig vorher abgesagt, stellen wir Ihnen Praxis- und Behandlungsausfallkosten in Rechnung.

Ich bestätige hiermit diesen Anmeldebogen sorgfältig gelesen zu haben und die Fragen nach meinem besten Wissen und wahrheitsgemäß beantwortet zu haben.

Datum

Erziehungsberechtigter
Name u. Vorname in Druckbuchstaben

Weiterer Erziehungsberechtigter
Name u. Vorname in Druckbuchstaben

Unterschrift d. gesetzl. Vertreters

Unterschrift Patient (ab dem 12. Lebensjahr)