



**smile4U**  
KIEFERORTHOPÄDIE GIESSEN

Dr. med. dent. Caroline Schmalstieg  
Fachzahnärztin für Kieferorthopädie

Johannesstraße 17 • 35390 Gießen • fon 0641 97444 - 0  
info@perfect-smile4u.de • www.perfect-smile4u.de

Pat. Nr.: \_\_\_\_\_

## Herzlich willkommen in unserer Praxis!

Bevor wir uns in Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, bitten wir Sie diesen Fragebogen auszufüllen. Die Beantwortung der Fragen hilft uns, Ihre Behandlung sicherer zu machen und Ihren Wünschen und Vorstellungen noch mehr entgegenzukommen.

## Vielen Dank!

### Patientendaten

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_ Hausnummer: \_\_\_\_\_

Ort, PLZ: \_\_\_\_\_

Telefon/Mobil: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

Zahnarzt: \_\_\_\_\_

**Rechnungsversand per E-Mail**

gesetzlich versichert

privat versichert bei \_\_\_\_\_

Zusatzversicherung bei \_\_\_\_\_

beihilfeberechtigt

Bei bestehender Familienversicherung geben Sie bitte die Daten des Hauptversicherten an

Wer ist der Hauptversicherte?  Mutter  Vater

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Bei abweichenden Adress- oder Kontaktdaten bitte ausfüllen

Straße: \_\_\_\_\_ Hausnummer: \_\_\_\_\_

Ort, PLZ: \_\_\_\_\_ Telefon/Mobil: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Rechnungsadresse wie bei  Patient  Hauptversicherten  abweichend\*

(\*sprechen Sie uns gerne an)

## Allgemeines

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

- Empfehlung  Internet  Soziale Medien  
 Werbung auf Firmenfahrzeug  Anderes \_\_\_\_\_

## Anamnese

Wurde in den letzten 12 Monaten ein Röntgenbild angefertigt?

Wenn „Ja“, von welchem Bereich?

- Ja, von \_\_\_\_\_  Nein

Ist ein Röntgenpass vorhanden?  Ja  Nein

Besteht eine Schwangerschaft? Wenn „Ja“, welcher Monat?

- Ja, Schwangerschaftswoche \_\_\_\_\_  Nein

Voraussichtlicher ET \_\_\_\_\_

Wie lange liegt der letzte Zahnarztbesuch ca. zurück? \_\_\_\_\_

Hat bereits eine kieferorthopädische Behandlung stattgefunden?  Ja  Nein

Wenn „Ja“ wann und wo? \_\_\_\_\_

Wurden Unterlagen angefertigt? Wie z.B. Modelle, Fotos, Röntgenbilder?  Ja  Nein

Waren oder sind Geschwisterkinder in kieferorthopädischer Behandlung?  Ja  Nein

Bestehen bei einem oder beiden Elternteilen Zahnfehlstellungen?  Ja  Nein

Bestehen Beschwerden, Schmerzen oder Verspannungen?  Ja  Nein

Wenn „Ja“ in welchem Bereich? Bitte kreuzen Sie zutreffende Bereiche an

Kopfseite  Schläfe  Kiefergelenk

Ohr  Nacken  Schulter

Bestehen (schmerzhafte) Bewegungseinschränkungen?  Ja  Nein

Wenn „Ja“ in welchem Bereich? Bitte kreuzen Sie zutreffende Bereiche an

Kauen  Mundöffnung  Kieferschluss

Unterkieferbewegung

Kiefergelenk Knacken/Geräusch?  Ja  Nein

Kauen Sie auf einer Seite bevorzugt?  links  rechts

Sind bereits Operationen im Mund- bzw. Kieferbereich erfolgt?  Ja  Nein

Wenn „Ja“ wann und was wurde gemacht? \_\_\_\_\_

Unfall mit Kopf-/Gesicht-/Kiefer-/ Zahnbeteiligung?  Ja  Nein

Wurden Mandeln oder Polypen entfernt?  Ja  Nein

Findet aktuell eine ärztliche Behandlung statt?  Ja  Nein

Leiden Sie oder Ihr Kind unter seelischen Störungen?  Ja  Nein

Liegt eine schwerwiegende Krankheit vor? Kreuzen Sie bitte zutreffendes an

- |              |                          |            |                          |                  |                          |
|--------------|--------------------------|------------|--------------------------|------------------|--------------------------|
| Rachitis?    | <input type="checkbox"/> | Asthma?    | <input type="checkbox"/> | Diabetes?        | <input type="checkbox"/> |
| Tuberkulose? | <input type="checkbox"/> | Epilepsie? | <input type="checkbox"/> | Herzerkrankung?  | <input type="checkbox"/> |
| Schilddrüse? | <input type="checkbox"/> | Rheuma?    | <input type="checkbox"/> | Ekzem?           | <input type="checkbox"/> |
| HIV?         | <input type="checkbox"/> | Hepatitis? | <input type="checkbox"/> | Blutungsneigung? | <input type="checkbox"/> |
| Allergie?    | <input type="checkbox"/> |            |                          |                  |                          |

Wenn „Allergie“ welche? \_\_\_\_\_

## Gewohnheiten

Bitte kreuzen Sie alle zutreffende Gewohnheiten an

- |               |                          |                     |                          |                |                          |
|---------------|--------------------------|---------------------|--------------------------|----------------|--------------------------|
| Mundatmung?   | <input type="checkbox"/> | Nasenatmung?        | <input type="checkbox"/> | Schnarchen?    | <input type="checkbox"/> |
| Knirschen?    | <input type="checkbox"/> | Lippen beißen?      | <input type="checkbox"/> | Zungenpressen? | <input type="checkbox"/> |
| Sprachfehler? | <input type="checkbox"/> | Schnuller/Lutschen? | <input type="checkbox"/> | Nägel kauen?   | <input type="checkbox"/> |

Wie sieht Ihre Zahnpflege-Routine aus?

Wie oft täglich putzen Sie ihre Zähne?  1x  2x  3x

Wann werden die Zähne geputzt? Vor oder nach den Mahlzeiten?  Davor  Danach

Verwenden Sie zusätzlich Interdentalbürsten und/oder Zahnseide?  Ja  Nein

Wenn „Ja“ wie häufig? \_\_\_\_\_

Verwenden Sie zusätzlich eine Munddusche?  Ja  Nein

Verwenden Sie eine elektronische Zahnbürste?  Ja  Nein

Wenn „Ja“ welcher Hersteller/Modell? \_\_\_\_\_

## Einverständniserklärung zur Anfertigung von Röntgenaufnahmen

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass im Rahmen der kieferorthopädischen Therapie, bei meinem Kind oder mir notwendige Röntgenaufnahmen angefertigt werden dürfen

Ja  Nein

## Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Hiermit erkläre ich, dass ich Frau Dr. med. dent. Schmalstieg im Rahmen der kieferorthopädischen Therapie von ihrer ärztlichen Schweigepflicht, betreffend der Weitergabe von Arztberichten, Befunden, Diagnosen oder Therapien gegenüber mit-/weiterbehandelnden Ärzten und Therapeuten entbinde. Diese Erklärung gilt bis zu ihrem Widerruf.

Ja  Nein

## Datenschutz

Die Erhebung, Verarbeitung und Speicherung von Personenbezogenen- und Gesundheitsdaten erfolgt ausschließlich für Ihre Behandlung oder die Ihres Kindes. Die Weitergabe an Dritte erfolgt ausschließlich im Zusammenhang mit der Durchführung der geplanten Behandlung, z.B. an externe Dienstleister zur Herstellung von Behandlungs-Apparaturen.

## Terminabsagen

Vereinbarte Termine müssen bei Verhinderung mind. 48 Stunden vorher abgesagt werden. Bei wiederholter Missachtung behalten wir uns vor, für kurzfristig abgesagte oder versäumte Termine, eine Ausfallgebühr gemäß §615 BGB zu berechnen.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift d. Patienten o. gesetzlichen Vertreter  
(In Zustimmung aller Sorgeberechtigten)



## Allgemeine Aufklärung und Hinweise

### Elektronische Gesundheitskarte (eGK)

Um Leistungen der gesetzlichen Krankenkasse in Anspruch nehmen zu können, muss als Nachweis die elektronische Gesundheitskarte vorgelegt werden. Der Nachweis über den Anspruch muss, in jedem Quartal in dem Leistungen in Anspruch genommen werden, mindestens einmal erbracht werden. Die Abrechnung erbrachter Leistungen mit Ihrer gesetzlichen Krankenkasse ist ohne nachgewiesenen Anspruch leider nicht möglich. Sofern innerhalb von 10 Tagen, nach Erbringung der Leistung, kein Nachweis über den Leistungsanspruch erfolgt, sind wir dazu berechtigt, Ihnen die angefallenen Leistungen privat in Rechnung zu stellen. Die Berechnung der angefallenen Leistungen erfolgt dann nach der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) sowie der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ).

### Kosten bei bestehender gesetzlicher Versicherung

Im Rahmen der Beratung und Behandlung können private Kosten entstehen, da erforderliche Leistungen nicht Bestandteil des Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen sind. Hierüber werden Sie zum gegebenen Zeitpunkt vollumfänglich von uns informiert. Wir behalten uns vor, in Absprache mit Ihnen, Leistungen mit geringem Umfang, ohne die Erstellung eines Kostenvoranschlages zu erbringen. Sofern Sie hiermit nicht einverstanden sind, bitten Sie uns im Bedarfsfall gerne um die Erstellung eines entsprechenden Kostenvoranschlages.

### Kosten bei bestehender privater Versicherung und ggf. bestehendem Anspruch auf Beihilfe

Wir möchten darauf hinweisen, dass Bestimmungen, welche tarifbedingt Vertragsbestandteil des Versicherungsvertrages im reinen Innenverhältnis zwischen Ihnen und Ihrer Versicherung sind, keinen Einfluss auf die Berechenbarkeit von Leistungen haben. Es ist uns nicht möglich, die Rechnungslegung nach Erstattungs-/Beihilfebestimmungen auszurichten da hierbei lediglich die GOZ bzw. GOÄ sowie die damit einhergehenden rechtlichen Grundlagen Anwendung finden. Der mögliche Erstattungs-/Beihilfeumfang berührt unseren Vergütungsanspruch Ihnen gegenüber daher nicht. . Auf Grund der geltenden Rechtslage werden bei privatversicherten Patienten Kostenvoranschläge nur auf deren Anfrage ausgestellt.

### Rechnung, Zahlung, Mahnung

Die Erstellung der Rechnungen erfolgt, sofern keine andere Vereinbarung getroffen wurde, quartalsweise. Für den Ausgleich von offenen Forderungen räumen wir Ihnen eine vierzehntägige Zahlungsfrist ein. Nach Ablauf der genannten Frist beginnt das außergerichtliche Mahnverfahren. Sofern nach Abschluss des außergerichtlichen Mahnverfahren kein Ausgleich der offenen Forderungen erfolgt ist, beginnt das gerichtliche Mahnverfahren. Alle im Zusammenhang mit dem Mahnverfahren anfallenden Kosten sind durch den Patienten bzw. dessen gesetzlichen Vertreter zu tragen. Des Weiteren behalten wir uns bei wiederkehrenden Zahlungsschwierigkeiten vor, die Behandlung zu unterbrechen bzw. abubrechen.

### Hinweis für Eltern:

Sofern ein Elternteil den Behandlungsvertrag unterschreibt, haften beide Elternteile gesamtschuldnerisch für die gesamte Forderung. Offene Forderungen können somit gegenüber beiden Elternteilen geltend gemacht werden.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift d. Patienten o. gesetzlichen Vertreter  
(In Zustimmung aller Sorgeberechtigten)



**smile4U**  
KIEFERORTHOPÄDIE GIESSEN

Dr. med. dent. Caroline Schmalstieg  
Fachzahnärztin für Kieferorthopädie

Johannesstraße 17 • 35390 Gießen • fon 0641 97444 - 0  
info@perfect-smile4u.de • www.perfect-smile4u.de

## **Elektronischer Rechnungsversand** – *einfach – schnell – umweltfreundlich* –

Liebe Eltern, liebe Patienten,

zusammen mit Ihnen möchten wir Verantwortung für die Umwelt übernehmen, denn Klimaschutz geht uns alle an.

Wussten Sie, dass weltweit täglich etwa 80.000 bis 160.000 Bäume gefällt werden, von denen der größte Teil in der Papierindustrie verwendet wird? Diese Entwaldung trägt in hohem Maße dem Klimawandel bei.

Mit einer einfachen kleinen Umstellung können Sie uns helfen, die Auswirkung unserer Praxis auf die Umwelt deutlich zu verringern. Durch den Übergang zum elektronischen Rechnungsversand tragen Sie dazu bei, Bäume zu erhalten und so letztendlich die Entwaldung zu verringern. So können wir wertvolle Ressourcen schonen und zusätzlich Transportemissionen senken.

Ein kleiner Schritt in eine nachhaltigere Zukunft, bei dem wir uns für Ihre Mithilfe bedanken!

Viele Grüße  
Ihr smile4U-Praxisteam

---

### **Einverständnis zum elektronischen Rechnungsversand**

- Ja, ich möchte die Praxis bei dem Vorhaben unterstützen und bin damit einverstanden alle Rechnungen zukünftig per eVersand zu erhalten.

Hierzu verwenden Sie bitte folgenden E-Mail-Adresse: \_\_\_\_\_

- Nein, ich möchte alle Rechnungen zukünftig weiterhin per Post erhalten.

Diese Einverständniserklärung gilt bis zu ihrem Widerruf für mich/mein Kind

Vorname: \_\_\_\_\_ Name: \_\_\_\_\_