

PATIENTENAUSKUNFT

Patient Information Form (Confidential)

Patient

Patient

Nachname, Vorname <i>Surname, name</i>	Titel <i>Title</i>	Geburtsname <i>Birthname</i>
Geburtsdatum & - Ort <i>Date and place of birth</i>	Alter <i>Age</i>	Geschlecht <input type="radio"/> m <input type="radio"/> w <i>Gender m f</i>
Straße, Hausnummer <i>Street, number</i>	PLZ, Wohnort <i>Postal code, city</i>	
Telefonnummer <i>Telephone number</i>	Handynummer <i>Mobile number</i>	
Telefon geschäftlich <i>Office number</i>	E-Mail-Adresse <i>Email address</i>	
Beruf <i>Occupation</i>	Arbeitgeber <i>Employer</i>	

Erziehungsberechtigter / Hauptversicherter

Legal guardian (parent) / main insured person

Nachname, Vorname <i>Surname, name</i>	Titel <i>Title</i>	Geburtsname <i>Birthname</i>
Geburtsdatum & - Ort <i>Date and place of birth</i>	Alter <i>Age</i>	Geschlecht <input type="radio"/> m <input type="radio"/> w <i>Gender m f</i>
Straße, Hausnummer <i>Street, number</i>	PLZ, Wohnort <i>Postal code, city</i>	
Telefonnummer <i>Telephone number</i>	Handynummer <i>Mobile number</i>	
Telefon geschäftlich <i>Office number</i>	E-Mail-Adresse <i>Email address</i>	
Beruf <i>Occupation</i>	Arbeitgeber <i>Employer</i>	

Welches Anliegen für eine Beratung haben Sie?

What is the reason for your consultation today?

Zahnarzt (Name und Anschrift)

Dentist (name and address)

Hausarzt (Name und Anschrift)

Name and address of family physician

Wie sind Sie versichert?

What type of insurance do you have?

- Gesetzlich *Public health insurance*
 Freiwillig versichert *Voluntary insurance*
 Privat *Private*
 Privat mit Beihilfe *Private with benefit*
 Privat / Basistarif *Private / basic tariff*
 Zusatzversicherung *Additional insurance*

Bei welcher Versicherung sind Sie versichert?

Please state your health insurance company.

Wie wurden Sie auf uns aufmerksam?

How did you become aware of our practice? / Who may we thank for referring you?

- Zahnarzt *Dentist*
 Rheumatologe *Rheumatologist*
 Bekannte *Acquaintance*
 Internet *Internet*
 Anzeige *Advertisement*
 Orthopäde *Orthopaedic*
 Physiotherapeut *Physiotherapist*

KRANKHEITEN

Diseases / illnesses

Besteht bzw. bestand eine der folgenden Erkrankungen?

Please check yes or no for any illnesses that you have (had).

Falls Sie mit ja antworten, bitte ergänzende Angaben in das Bemerkungsfeld eintragen.

If your answer is yes, please enter supplementary details to notes.

	ja yes	nein no	Bemerkungen notes		ja yes	nein no	Bemerkungen notes
Allergie (welche) <i>Allergies (what type)</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		Lebererkrankungen <i>Liver disease</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Anfallsleiden (Epilepsie) <i>Seizure disorders (epilepsy)</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		Magen-Darm-Erkrankungen <i>Gastro-intestinal disease</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Atemwegserkrankungen <i>Respiratory disease</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		Nahrungsmittel-unverträglichkeit <i>Food intolerance</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Blutgerinnungsstörungen <i>Blood coagulation disorder</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		Nierenerkrankungen <i>Kidney disease</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Bluthochdruck <i>High blood pressure</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		Orthopädische Erkrankungen? <i>Orthopaedic diseases</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Diabetes (welcher Typ) <i>Diabetes (what type)</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		Osteoporose <i>Osteoporosis</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Glaukom (erhöhter Augendruck) <i>Glaucoma (increased eye pressure)</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		Rheumatoide Arthritis <i>Rheumatoid arthritis</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Hämatologische Erkrankungen (Erkrankung blutbildender Organe) <i>Blood disorder (diseases of the hematopoietic system)</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		Ist in der Familie eine rheumatische Erkrankung bekannt? <i>Is there a family history of arthritis or other rheumatic diseases?</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Hauterkrankungen? <i>Dermatosis (skin disease)</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		Schilddrüsenerkrankungen <i>Thyroid disease</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Herz-Kreislauf-Erkrankungen <i>Cardiovascular disease</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		Tumorerkrankungen <i>Tumor diseases</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Herzklappenfehler /-ersatz <i>Valvular heart disease / valvular transplant</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		Wurden die Polypen und / oder Mandeln entfernt? <i>Did you have your polyps or pharyngeal tonsils removed?</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Infektionskrankheiten <i>Infectious diseases</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>					
Immunmangel-Syndrom (AIDS, HIV) <i>Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS, HIV)</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		Hepatitis <i>Hepatitis</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

Sonstige Erkrankungen

Other diseases / illnesses

Werden Medikamente eingenommen? (Wenn ja, welche?)

Are you taking any medication(s)? If yes, what medication(s) are you taking?

Bemerkungen

Remarks

WEITERE ANGABEN ZUM PATIENTEN

Further Information

	ja yes	nein no		ja yes	nein no
KFO-Behandlung (aktuell o. in der Vergangenheit)? <i>Have you previously had any orthodontic treatment (removable appliances, brackets)?</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Häufig Herpes- oder Fieberblasen? <i>Do you experience recurrent herpes or fever blisters?</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sind Nichtanlagen von Zähnen selbst o. in der Familie bekannt? <i>Is there a family history of agenesis (missing teeth)?</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Haben Sie Sprachstörungen? <i>Do you have any speech disorders?</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Entfernung von bleibenden Zähnen? <i>Have you had any permanent teeth removed?</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Sprachtherapie (Logopädie)? <i>Have you ever had speech therapy (logopedia)?</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Unfälle mit Verletzungen im Kopf- und Hals-Bereich? <i>Have you ever had any injuries to your head, neck or jaw?</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Schlechte Angewohnheiten (z.B. Nägel beißen / Stifte kauen)? <i>Do you have any oral habits (i.e. nail biting / pen chewing)?</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Verlust von Zähnen durch Unfall? <i>Have you ever chipped or lost any teeth in an accident?</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Schluckbeschwerden? <i>Do you have swallowing problems?</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Zahnfleischbehandlung (Parodontose)? <i>Have you ever had any periodontal (gum) treatment?</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Mundatmen? Schnarchen? <i>Is breathing or snoring a problem for you?</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Früher Daumen / Finger gelutscht? <i>Did you ever have a thumb / finger sucking habit?</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Schnuller? Wie lange? <i>Pacifier habit? If yes, how long?</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Zähneknirschen oder -pressen? <i>Do you clench or grind your teeth?</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Allergie auf Metalle? <i>Are you allergic to metals?</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
			Speziell auf Nickel? (Allergieausweis) <i>Epecially nickel? (allergy passport)</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Neigung zum Brechreiz? <i>Are you prone to nausea?</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Rauchen Sie? <i>Do you smoke?</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Bei funktionellen Beschwerden des Kausystems

Functional disorders of the masticatory system

	ja yes	nein no	Seit wann? Since when?		ja yes	nein no	Seit wann? Since when?
Kiefergelenkbeschwerden? <i>Do you have any jaw joint related problems?</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		Knacken <i>Clicking</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
				Reiben <i>Crepitation</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
				Schmerzen <i>Pain</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
				Eingeschränkte Mundöffnung <i>Restricted mouth opening</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Tinnitus (Ohrgeräusche)? <i>Tinnitus (ear noise)?</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		Schwindel? <i>Dizziness?</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

Nur für Frauen

For women only

Sind Sie schwanger? <i>Are you pregnant?</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Stillen Sie? <i>Are you nursing?</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
---	-----------------------	-----------------------	---	-----------------------	-----------------------

Nur für Kinder

For children only

Sieht das Kind dem <input type="radio"/> Vater oder der <input type="radio"/> Mutter ähnlich? <i>Does the child resemble the father or the mother?</i>					
Wird ein Blasinstrument gespielt? <i>Does the child play a wind instrument?</i>	<input type="radio"/> ja yes	<input type="radio"/> nein no	Welches? <i>Which kind?</i>		
Einstellung des Kindes zur Behandlung? <i>What is the child's attitude toward treatment?</i>	<input type="radio"/> positiv positive	<input type="radio"/> negativ negative			

Angaben zu eventuell vorhandenen Röntgenaufnahmen

Information on any pre-existing x-ray images

Wann und wo wurden die letzten Röntgenaufnahmen der Zähne und / oder des Kiefers gemacht?
When and where were the last x-ray images of your teeth / jaw taken?

ALLGEMEIN

General

- Bitte haben Sie Verständnis, dass vereinbarte, aber nicht spätestens **24 Stunden vorher abgesagte Termine** in Rechnung gestellt werden.
- Als **Serviceleistung bieten wir Ihnen die Terminerinnerung per SMS an**, die Sie 1 bis 2 Tage vor Ihrem Termin nochmals darauf aufmerksam macht.
- Ihre **Daten werden computertechnisch erfasst** und unterliegen der **ärztlichen Schweigepflicht** und den Bestimmungen des **Datenschutzes**.
- Bei **gesetzlich Versicherten: 1x im Quartal muss die Versichertenkarte** eingelesen werden. Falls Sie diese bei ihrem Termin vergessen haben und nicht innerhalb des Quartals nachreichen, können die Behandlungstermine privat in Rechnung gestellt werden.
- Wir bitten Sie uns während der Behandlung **eintretende Änderungen** (Adresse, Krankenkasse oder Versicherungsverhältnis) **unverzüglich mitzuteilen**.
- *If you cannot make your scheduled appointment, please give us at least 24 hours notice. Please understand that charges apply for appointments which are cancelled at a later stage or missed altogether.*
- *If you wish to be reminded of your next scheduled appointment, we are glad to provide an SMS reminder service, alerting you one to two days in advance.*
- *All personal and medical information that is gathered will be computerized and is subject to medical confidentiality and data privacy requirements.*
- *If you have statutory health insurance you are required to have your insurance card scanned at least once every quarter. We will bill the entire amount of your office visit if you forget your insurance card with in each quarter.*
- *We would also like to ask you kindly to advise us immediately in case any of your personal information changes during your treatment (i.e. changes of address, insurance details or insurance).*

HINWEISE FÜR GESETZLICH VERSICHERTE

Notification for patients with public health insurance

Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren

Die Kosten für das Erstberatungsgespräch sowie für die Anfertigung und Auswertung der diagnostischen Unterlagen zur Erstellung eines Behandlungsplanes werden von den gesetzlichen Kassenkassen übernommen. Die Beurteilung des Schweregrades einer Zahn- bzw. Kieferfehlstellung erfolgt bei den gesetzlichen Krankenkassen nach der KIG Einstufung 1-5 (KIG: Kieferorthopädische Indikationsgruppe). Wird eine Einstufung in die KIG 3 bis 5 festgestellt, beteiligt sich die gesetzliche Krankenkasse an den Gesamtkosten unseres Therapievorschlages. Bitte beachten Sie, dass die Vorgaben der gesetzlichen Krankenkasse nur eine ausreichende und zweckmäßige Behandlung innerhalb der KIG-Einstufung 3 bis 5 vorsieht. Alle Behandlungsmaßnahmen, die über dieses ausreichende und zweckmäßige Behandlungsmaß hinausgehen, sind Privatleistungen und werden im Vorfeld in einer Zusatzvereinbarung aufgeführt. Bei einer Einstufung in KIG 1 bis 2 übernimmt die Krankenkasse nur die Kosten für das Beratungsgespräch, alle weiteren Kosten stellen für den Patienten eine reine Privatleistung dar.

Erwachsene Patienten

Das Erstberatungsgespräch wird über die gesetzliche Krankenversicherung abgerechnet. Die Anfangsdiagnostik (Erstellung von Röntgenaufnahmen, Abdrücken, Fotos, Auswertungen + Erstellung eines detaillierten Behandlungsplanes über die Behandlungskosten – ca. 450 Euro) sowie die kieferorthopädische Behandlung an sich stellen reine Privatleistungen dar und werden von den gesetzlichen Krankenkassen nicht übernommen.

Ausnahme: Bei Erwachsenen mit ausgeprägter Kieferfehlstellung, die ein kombiniert kieferorthopädisch-kieferchirurgisches Vorgehen notwendig macht, beteiligt sich die Krankenversicherung an den Kosten Ihrer Behandlung.

Patienten mit Kiefergelenkproblemen / Schnarch-Problematik

Während der Erstberatung in unserer Praxis werden Sie umfassend über Hintergründe und Ursachen ihrer Krankheit aufgeklärt. Die intensive Beratung von Kiefergelenkproblemen und / oder Schnarch-Problematiken mit einer eingehenden Untersuchung ihrer Kiefergelenke hat eine Dauer von ca. 30-40 Minuten und kann daher leider nicht nur als Kassenleistung angeboten werden. Deswegen fallen bei der durchgeführten Beratung Mehrkosten in Höhe von ca. 100 Euro an.

Die oben genannten Informationen habe ich erhalten und verstanden. Ich bestätige die Richtigkeit der von mir gemachten Angaben.

I hereby confirm the accuracy of all of the information above.

Children and Adolescents under the age of 18 years

The costs for the first consultation, the preparation and evaluation of the diagnostic documents, and the treatment plan are completely covered by the statutory health insurance. The health insurance covers parts of the total costs of the therapy plan suggested by our team in case the patient is diagnosed with a rating by orthodontic indication group of 3 to 5 („KIG: Kieferorthopädischen Indikationsgruppen“). All treatments that go beyond necessary level of treatment have to be paid by the patient himself/ herself. The costs to be paid by the patient will be listed in an additional agreement prior to the treatment. In case of a KIG (orthodontic indication group) rating of 1 or 2, the statutory health insurance only covers the costs for the counseling. All additional costs have to be paid privately.

Adults

The initial counseling session can be billed to the statutory health insurance. The first diagnostic and the orthodontic treatment itself are considered a purely elective procedure and statutory health insurance will not cover the costs for such treatment. Diagnostic includes: preparation of x-ray pictures, impression of the teeth/jaw, pictures, evaluation and preparation of a detailed treatment plan for the treatment costs, which amounts to approximately 450 Euro.

Exception: Health insurance coverage for the cost is possible for adults. Ask to find out more.

Patients with jaw joint problems / snoring problems

During the initial counseling session in our office, we will explain the background and causes of your condition in detail. The more detailed intensive counseling on jaw joint problems and/or snoring problems, takes approximately 30 to 40 minutes and therefore cannot be offered as a benefit from the public health insurance. This counseling includes a detailed examination of the jaw joint. For this reason there will be an additional 100 Euro charge due to the patient immediately after the counseling and examination session.

Ort, Datum

Place, Date

Unterschrift des Patienten bzw. Erziehungsberechtigten

Signature of the Patient or Parent / Legal Guardian

Wir bedanken uns für Ihre Angaben und stehen Ihnen bei Rückfragen gerne zur Verfügung. Ihr F3 Orthodontics Team

We thank you for your information. Please do not hesitate to contact us for any questions or further information. Yours F3 Orthodontics Team