



### Anamnese

Willkommen im Zentrum für Kieferorthopädie!  
Bevor wir uns in Ruhe über das Kauorgan unterhalten, benötigen wir neben den Personalien auch Auskünfte über den allgemeinen Gesundheitszustand. Um eine bestmögliche Betreuung gewährleisten zu können und im Interesse einer komplikationslosen Behandlung, bitten wir um die gewissenhafte Bearbeitung der Anamnese.

#### Patient(in)

Name	Vorname	Geburtsdatum	Adresse
Festnetz	Mobilnummer	E-Mail	
Schule		Körperlänge	Körpergewicht

#### Hauptversicherte(r)

Name	Vorname	Geburtsdatum	Adresse
Festnetz	mobil	E-Mail	
Beruf	Arbeitgeber	Krankenkasse / Versicherung	zusatzversichert? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein beihilfeberechtigt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Sorgeberechtigte(r)  Mutter  Vater  \_\_\_\_\_

#### Wen dürfen wir benachrichtigen, falls Hilfe benötigt wird?

Name	Vorname	Telefon	Mobilfunknummer
------	---------	---------	-----------------

#### Wie dürfen wir zukünftig in Kontakt treten?

Telefon  E-Mail  Briefpost  SMS  Social Media

Wir sind hier durch  Telefonbuch / Gelbe Seiten  Empfehlung von: \_\_\_\_\_  
 Zeitungsanzeige / Werbung  Homepage / Social Media





Wer ist der Hauszahnarzt? \_\_\_\_\_

Wer ist der Hausarzt / Kinderarzt? \_\_\_\_\_

routinemäßige Zahnarztbesuche pro Jahr?  0x  1x  2x  3x  4x

Wann das letzte Mal? \_\_\_\_\_

zahnärztliches Individualprophylaxe-Programm?  ja  nein

Allergien (Allergiepass)?  ja  nein

wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

zurzeit in laufender ärztlicher Behandlung?  ja  nein

wenn ja, aufgrund welcher Erkrankung? \_\_\_\_\_

Medikamente (letzte 6 Monate)?  ja  nein

wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Gibt es in der Familie Zahn- oder Kieferfehlstellung?  ja  nein

wenn ja, wer? \_\_\_\_\_

Der erste Zahn kam im \_\_\_\_\_. Monat

Gab es Verletzungen im Gesichts- oder Kieferbereich?  ja  nein

Gab es Verletzungen an den Zähnen?  ja  nein

Bestehen Angewohnheiten wie Nägelkauen, Lippenbeissen, etc.?  ja  nein

Wurde bereits eine HNO-Untersuchung durchgeführt?  ja  nein

Wurden Polypen oder Mandeln entfernt?  ja  nein

Wurde bereits eine logopädische Behandlung durchgeführt?  ja  nein

Wurden Haltungsschäden diagnostiziert und behandelt?  ja  nein

Schlafen mit offenem Mund?  ja  nein

Schnarchen beim Schlafen?  ja  nein

Knirschten mit den Zähnen?  ja  nein

normale Nasenatmung?  ja  nein

Blasinstrument?  ja  nein

regelmäßiger Sport (außer Schule)?  ja  nein

wenn ja, welchen? \_\_\_\_\_

„Mädchen-Frage“ – erste Regelblutung?  ja  nein

wenn ja, in welchem Alter? \_\_\_\_\_

„Jungs-Frage“ – bereits im Stimmbruch?  ja  nein

wenn ja, seit wann? \_\_\_\_\_





Liegen folgende Erkrankungen vor?

- |  |                             |                               |
|--|-----------------------------|-------------------------------|
| Infektionskrankheiten (z.B. HIV, Hepatitis, Tuberkulose)?      | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Herzerkrankungen (z.B. Herzklappendefekt, Endokarditis)?       | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Atemwegserkrankungen (z.B. Asthma, Bronchitis)?                | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Innere Krankheiten (z.B. Gelbsucht, Zuckerkrankheit)?          | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Autoimmunerkrankungen (z.B. Rheuma, Collitis)                  | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Anfallsleiden (z.B. Epilepsie)?                                | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Erkrankung des blutbildenden Systems (z.B. Blutarmut, Bluter)? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Erkrankungen der Schilddrüse?                                  | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Kopfschmerzen, Migräne?  | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Bestehen andere Grundleiden?                                   | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

wenn ja, welche?

---

Vielen Dank für die Beantwortung der Fragen!

Erklärung des Sorgeberechtigten

Ich bestätige hiermit die Richtigkeit der Angaben und verpflichte mich, Veränderungen mitzuteilen. Ich verpflichte mich, einen Wechsel des Wohnortes, der Krankenkasse oder eine Änderung des Arbeitsverhältnisses umgehend mitzuteilen, damit gegebenenfalls ein neuer Antrag auf Kostenübernahme an den Versicherungsträger gestellt werden kann. Ich habe die in den Praxisräumen ausgehängten Allgemeinen Geschäftsbedingungen (AGB) zur Kenntnis genommen, habe eine Kopie davon mit dem vorliegenden Anamnesebogen erhalten und bin mit deren Einbeziehung in den Behandlungsvertrag einverstanden.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass meine Angaben elektronisch gespeichert werden. Die Datenverarbeitung erfolgt im Rahmen der gesetzlichen Zulässigkeit nach der DSGVO.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift des/des Sorgeberechtigten





## **Merkblatt zu unseren Allgemeinen Geschäftsbedingungen**

Guten Tag \$\$VERSICHERTER-V\_KURZANR\$\$ \$\$VERSICHERTER-V\_NAME\$\$,

wir haben für alle Patienten die wichtigsten und gängigsten Regelungen in den Allgemeinen Geschäftsbedingungen (AGB) zusammengefasst. Zu diesem Merkblatt händigen wir Ihnen diese AGB aus. Wir möchten Sie bitten, dieses genau durchzulesen und sich bei Fragen an unser Praxispersonal zu wenden. Nachfolgend möchten wir Ihnen einige Erläuterungen zu unseren AGB geben:

1. Die Erbringung kieferorthopädisch-zahnmedizinischer Leistungen erfolgt auf der Grundlage eines privatrechtlichen Vertrages zwischen Ihnen und uns.
2. Um verschiedene Eckpunkte eines solchen Vertrages nicht mit jedem Patienten erneut erarbeiten zu müssen und um den Arbeitsablauf zu beschleunigen, haben wir Ihnen einige Regelungen in den AGB vorformuliert.
3. §3 regelt die Handhabung von Daten, die im Zuge einer Behandlung in der Praxis erhoben und gespeichert werden. Sie, als Patient/Eltern haben selbstverständlich das Recht Einsicht in diese Aufzeichnungen zu nehmen. Wir weisen jedoch darauf hin, dass die Speichermedien Eigentum der Praxis sind. Wir stellen Ihnen gerne Kopien gegen Kostenerstattung zur Verfügung.
4. Um Ihnen Wartezeiten zu ersparen und einen effektiven Einsatz des Personals und der Technik zu ermöglichen, sind die mit Ihnen vereinbarten Behandlungs- und Kontrolltermine für Sie reserviert. Vor diesem Hintergrund ersuchen wir Sie, uns Verhinderungen, die vorhersehbar sind, so rechtzeitig anzuzeigen (24 Stunden vorher). Soweit Sie dies unterlassen und die Nichtwahrnehmung des Termins allein aus Ihrem Versäumnis herrührt, bitten wir um Verständnis dafür, dass wir Ihnen einen angemessenen Betrag für die Ausfallzeit in Rechnung stellen können. Eine entsprechende Regelung findet sich in §4.
5. Sie erhalten von uns eine hochwertige und an den neusten wissenschaftlichen Erkenntnissen orientierte kieferorthopädische Therapie, die sowohl vom personellen Aufwand, als auch von den verwendeten Materialien je nach Umfang der Behandlung einen nicht unerheblichen Kostenaufwand verursacht. Daher rechnen wir den Großteil der erbrachten Leistungen über unsere Abrechnungsgesellschaft ZA AG in Düsseldorf ab. Dies wird in § 5 der AGB geregelt. Sobald Ihnen eine Rechnung zugeht, wird der dort ausgewiesene Betrag fällig – unabhängig von Ihrer (Zusatz-)Versicherung oder Beihilfeleistung!
6. Wir verstehen uns als Ihr Partner und sehen das besondere Vertrauensverhältnis zwischen Ihnen und uns als wichtigste Voraussetzung für eine erfolgreiche Therapie. Vor diesem Hintergrund bitten wir um Verständnis dafür, dass wir, soweit sie Ansprüche aus dem Behandlungsverhältnis an Dritte (z.B. Ihre Krankenversicherung) abtreten oder übertragen wollen, wir vorher überprüfen, ob wir einer solchen Abtretung zustimmen können. Nur wenn wir mit einer solchen Übertragung und damit dem Wechsel in der Person unseres Vertragspartners einverstanden sind, können Sie diese Ansprüche rechtswirksam übertragen. Die entsprechende Regelung findet sich in §6.
7. Soweit Sie irgendwelche Gegenstände oder Wertsachen mit in die Praxis bringen, werden wir so gut wie möglich darauf achten, dass Ihnen diese nicht abhandenkommen. Dennoch können wir für einen Verlust oder eine Beschädigung dieser Gegenstände keine generelle Verantwortung übernehmen.





## **Allgemeine Geschäftsbedingungen**

### §1 Geltungsbereich

- (1) Diese Allgemeinen Geschäftsbedingungen gelten, soweit nichts anderes vereinbart ist, für die vertraglichen Beziehungen zwischen dem Zahnarzt<sup>1)</sup> und dem Patienten<sup>2)</sup> bzw. dessen Sorgeberechtigten.
- (2) Zahnarzt im Sinne der Allgemeinen Geschäftsbedingungen ist auch die Berufsausübungsgemeinschaft mehrerer Zahnärzte.
- (3) Sollte der Behandlungsvertrag mit einer anderen Person als dem Patienten abgeschlossen werden, gelten die Regelungen für diese in gleicher Weise.

### §2 Rechtsverhältnis

Die Rechtsbeziehungen zwischen dem Zahnarzt und dem Patienten sind privatrechtlicher Natur. Bei der Behandlung gesetzlich krankenversicherter Patienten finden darüber hinaus auch die Vorschriften der vertragszahnärztlichen Versorgung Anwendung.

### §3 Zahnärztliche Dokumentation und Datenschutz

- (1) Die zahnärztliche Dokumentation, insbesondere Patientenakte, Untersuchungsbefunde, Röntgenaufnahmen und andere Aufzeichnungen, ist Eigentum des Zahnarztes.
- (2) Der Patient oder ein von ihm Bevollmächtigter hat Anspruch auf Einsicht in die zahnärztliche Dokumentation und Anspruch auf Auskunft. Ein Anspruch auf Herausgabe der Originalunterlagen besteht nicht. Auf Verlangen können Kopien der schriftlichen Dokumentation gegen Kostenerstattung überlassen werden.
- (3) Abweichend von Abs. (2) ist die vorübergehende Überlassung von Originalunterlagen, insbesondere von Röntgenaufnahmen, an einen vom Patienten bevollmächtigten Rechtsanwalt möglich, soweit nicht überwiegende Interessen des Zahnarztes entgegenstehen. Vor der Versendung sind die hierdurch entstehenden Auslagen zu erstatten und der Erhalt der Aufzeichnungen ist zu quittieren. Die Überlassung kann bis zum Ausgleich der Auslagen verweigert werden.
- (4) Die Erhebung, Nutzung und Verarbeitung der Daten, einschließlich ihrer Weitergabe erfolgt unter Beachtung der gesetzlichen Regelungen, insbesondere der Bestimmungen über den Datenschutz, der ärztlichen Schweigepflicht und des Sozialgeheimnisses.

### §4 Ausfallhonorar

- (1) Die vereinbarten Behandlungstermine sind Fixtermine. Die Behandlungszeiten werden für den Patienten freigehalten.
- (2) Soweit der Termin durch den Patienten nicht wahrgenommen werden kann, hat dieser die Praxis mindestens 24 Stunden vor dem vereinbarten Termin über die Verhinderung in Kenntnis zu setzen.
- (3) Soweit der Patient dem nicht nachkommt, kann der Zahnarzt einen Betrag von € 195,00 pro ausgefallene Behandlungsstunde als pauschalisierten Schadenersatz in Rechnung stellen.





- (4) Der Schadenersatzanspruch entfällt, wenn der Patient unverschuldet an der rechtzeitigen Absage oder Wahrnehmung des Termins gehindert war.
- (5) Dem Patienten steht es darüber hinaus frei nachzuweisen, dass dem Zahnarzt kein oder ein geringerer als der geltend gemachte pauschalierte Schaden entstanden ist.

#### § 5 Zahlungsregelungen

- (1) Der Patient wird vor Behandlungsbeginn über die zu erwartenden Gesamtkosten, bzw. Eigenanteile und Mehrkosten bei gesetzlich versicherten Patienten, informiert.
- (2) Es steht dem Zahnarzt frei Leistungen über eine Abrechnungsgesellschaft abzurechnen. Erfolgt nach der Ankaufanfrage eine Ablehnung über den Ankauf des voraussichtlichen Rechnungsbetrags, kann der Zahnarzt vor Behandlungsbeginn die Zahlung eines Vorschusses bis zu 100% der zu erwartenden Auslagen (Material- und Laborkosten) verlangen.
- (3) Mit Zugang der Rechnung wird die Zahlung fällig.
- (4) Der Patient kommt nach einer Mahnung, spätestens aber 14 Tagen nach Rechnungszugang in Verzug. Ab diesem Zeitpunkt wird der Rechnungsbetrag mit 5% (in Worten: fünf Prozent) über dem Basiszinssatz, oder einem höheren, tatsächlich vom Zahnarzt bezahlten Zinssatz verzinst.  
Für jede Mahnung wird zusätzlich eine Bearbeitungsgebühr berechnet.

#### §6 Abtretungsverbot

Die Abtretung von nicht rechtskräftig festgestellten oder bestrittenen Forderungen aus dem Behandlungsverhältnis ist ausgeschlossen, soweit der Zahnarzt dieser nicht vorher zustimmt.

#### §7 Haftungsbeschränkung

- (1) Für Schäden an eingebrachten Sachen, die in der Obhut des Patienten bleiben und an Fahrzeugen des Patienten, die auf dem allgemeinen Hausparkplatz vor der Praxis abgestellt werden, haftet der Zahnarzt nur bei Vorsatz und grober Fahrlässigkeit. Gleiches gilt bei Verlust von Geld und Wertsachen.
- (2) Für Garderobe des Patienten, welche er in den Praxisräumen ablegt, wird keine Haftung übernommen.

#### §8 Schlussbestimmungen

Sollten Bestimmungen dieser Allgemeinen Geschäftsbedingungen unwirksam sein oder werden oder eine Lücke enthalten, so bleiben die übrigen Bestimmungen hiervon unberührt.

- 1) Personenbezeichnungen stehen im Folgenden sowohl für die männliche als auch die weibliche Bezeichnungsform; der Begriff „Zahnarzt“ versteht sich als Allgemeinbegriff, der Fachzahnärzte (z.B. Kieferorthopäden) beinhaltet.
- 2) Personenbezeichnungen stehen im Folgenden sowohl für die männliche als auch die weibliche Bezeichnungsform; der Begriff „Patient“ versteht sich als Allgemeinbegriff, der Sorgeberechtigte, Vormund, etc. beinhaltet.

