





**Laura M. Gröne**  
Fachzahnärztin für Kieferorthopädie

**III. Patientenanamnese**

- |   | Ja                       | Nein                     |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 6. Leidet oder litt der Patient an einer der genannten Krankheiten?<br><input type="checkbox"/> Rachitis <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Hepatitis<br><input type="checkbox"/> Herzleiden <input type="checkbox"/> Epilepsie <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Nimmt der Patient Medikamente ein?<br>wenn ja, welche?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Hat der Patient Probleme mit der Nasenatmung?<br><input type="checkbox"/> Asthma, seit wann<br><input type="checkbox"/> Mundatmung <input type="checkbox"/> Schnarchen                      seit wann  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Hat der Patient eine Allergie oder Heuschnupfen?<br>wenn ja, wo gegen?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Wurden Hals-, Nasen-, Ohrenärztliche Operationen durchgeführt?<br>.<br><input type="checkbox"/> Gaumenmandeln /Rachenmandeln (Polypen)      wann?<br><input type="checkbox"/> Parazentese (Röhrchen im Trommelfell)      wann?<br><input type="checkbox"/> Sonstige:              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Wann kam ungefähr der erste Milchzahn?<br>.   |                          |                          |
| 12. Hat der Patient als Kleinkind gelutscht?<br>.<br><input type="checkbox"/> Daumen                      ca. bis      Jahre<br><input type="checkbox"/> Finger                      ca. bis      Jahre<br><input type="checkbox"/> Schnuller                      ca. bis      Jahre | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. Liegt aktuell eine Fehlgewohnheit im Lippen- oder Zungenbereich vor?<br>.<br><input type="checkbox"/> Lippenbeißen <input type="checkbox"/> Lippensaugen <input type="checkbox"/> sonstiges<br><input type="checkbox"/> Nägelkauen <input type="checkbox"/> Bleistiftkauen        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. Hat oder hatte der Patient einen Sprachfehler?<br>.<br>wenn ja, wann?<br>wurde eine logopädische Behandlung (Sprachtherapie) durchgeführt?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. Hatte der Patient einen Unfall mit Folgen für den Kopf-Hals-Bereich?<br>.<br>wenn ja, wann?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16. Bestehen Kiefergelenkknacken oder –beschwerden?<br>.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17. Welche Hobbys hat der Patient?<br>.   |                          |                          |

Befragung gem. §28/1 RöV

- |   | Ja                       | Nein                     |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. Ist der Patient in den letzten 12 Monaten im Kopf/Kieferbereich geröntgt worden?<br>Wenn ja, bei wem:                      wann: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Bei weiblichen Patienten: Könnte zurzeit eine Schwangerschaft bestehen?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Prinzipielles Einverständnis für notwendige Röntgenaufnahmen während der kieferorthopädischen Therapie                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Sonstiges:

Ich erkläre mich damit einverstanden, in das Praxis-Recall-System aufgenommen zu werden. Damit ermöglichen Sie uns, dass wir Sie schriftlich an die später anstehenden Kontrolltermine erinnern können. Sollten Sie dieses nicht wünschen, geben Sie uns bitte Bescheid.

Bonn, den

\_\_\_\_\_  
Laura M. Gröne

\_\_\_\_\_  
Versicherter bzw. Erziehungsberechtigte/r



---

Name des Patienten

### **Datenschutz**

Liebe Patientin, lieber Patient, liebe Eltern,

es ist häufig erforderlich, dass wir die von uns erhobenen Patientendaten (Röntgenbilder, Fotodokumentation, Behandlungsplan etc.) auch an einen behandelnden Zahnarzt, Oralchirurgen oder Kieferchirurgen übermitteln. Durch die Übermittlung der Daten können die jeweiligen Behandlungen besser aufeinander abgestimmt und hierdurch z.B. die doppelte Anfertigung von Röntgenaufnahmen (verbunden mit einer doppelten Strahlenbelastung) vermieden werden.

Um die erhobenen Patientendaten (Röntgenbilder; Fotodokumentation, etc.) und die sonstigen medizinischen und personenbezogenen Daten elektronisch verarbeiten und im Bedarfsfall an den Ihr Kind behandelnden Arzt übermitteln zu dürfen, benötigen wir Ihre Einwilligung.

Dasselbe gilt für Daten, die Sie im späteren Behandlungsverlauf selber per Email wünschen, wie z.B. Rechnungen, Fotos oder Röntgenbilder.

Wir möchten Sie daher bitten, uns diese Einwilligung zu erteilen.

Sollten Sie Fragen hierzu haben, dann sprechen Sie uns bitte einfach an!

---

### **Einwilligung zum Austausch von Patientendaten**

Hiermit willige ich in die elektronische Verarbeitung der erhobenen Patientendaten (Röntgenbilder; Fotodokumentation, etc.) und der sonstigen medizinischen und personenbezogenen Daten meines Kindes ein und gestatte es der behandelnden Ärztin, Frau Laura Gröne, diese Daten im Bedarfsfall an den mein Kind behandelnden Arzt oder an mich selber per Email zu übermitteln.

Insoweit entbinde ich die behandelnde Ärztin, Frau Laura Gröne, von ihrer ärztlichen Schweigepflicht.

Meine Einwilligung ist freiwillig und kann jederzeit widerrufen werden.

---

Versicherter bzw. Erziehungsberechtigte/r



**Laura M. Gröne**  
Fachzahnärztin für Kieferorthopädie

---

Name des Patienten

**Liebe Eltern,**

bevor Sie sich für eine kieferorthopädische Behandlung bei uns entscheiden, möchten wir Sie auf folgende Besonderheiten hinweisen:

Vor dem Beginn der eigentlichen Behandlung ist es erforderlich, eine Anfangsdiagnostik und -auswertung zu erstellen. Die durch diese Anfangsdiagnostik entstehenden Kosten wird Ihre private Krankenversicherung bzw. Beihilfestelle voraussichtlich nur dann übernehmen, wenn sie sich auch zur Übernahme der durch die spätere Behandlung entstehenden Kosten bereit erklärt. Vor diesem Hintergrund bitten wir Sie um die Abgabe der nachfolgenden Erklärung.

**Erklärung des Versicherten**

Nach Aufklärung durch meine Zahnärztin/ meinen Zahnarzt über den Leistungsumfang und die möglichen Erstattungsbeschränkungen meines Versicherungstarifs sowie über die bei mir durchzuführende Untersuchung und die darauf basierende Behandlungsplanung wünsche ich eine uneingeschränkte Behandlung als Privatpatient nach den Regelungen der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ). Mir ist bekannt, dass eine Erstattung des zahnärztlichen Honorars durch meine Private Krankenversicherung oder sonstige Erstattungsstellen ggf. nicht oder nur bis zum 2,3-fachen Gebührensatz der GOZ gewährleistet ist und ich die Kosten meiner zahnärztlichen/kieferorthopädischen Behandlung auch bei unterbleibender Kostenübernahme selbst zu tragen habe.

Wir danken Ihnen für das uns entgegengebrachte Vertrauen und stehen Ihnen für eventuelle Anfragen Ihrer Versicherung jederzeit bereit.

Laura M. Gröne

Bonn, den

---

Laura M. Gröne

---

Versicherter bzw. Erziehungsberechtigte/r