



### **Welche Versicherungsform besteht?**

- gesetzlich versichert
- privat versichert
- Basistarif der Privatversicherung
- Beihilfeberechtigt
- Freiwillig versichert in der gesetzlichen Versicherung
- Zusatzversicherung zur gesetzlichen Versicherung

Krankenkasse bzw. private Versicherung: \_\_\_\_\_

### **Wurden Sie/ wurde Ihr Kind schon kieferorthopädisch beraten oder behandelt?**

- Ja                      Wenn ja, durch wen und wann? \_\_\_\_\_
- Nein

### **Wurden Unterlagen erstellt?**

- Ja
- Nein

**Wann wurden Sie/ Ihr Kind zuletzt geröntgt?** \_\_\_\_\_

- Zähne
- Kiefer
- Kopf
- Sonstiges

**Wann erfolgte der Durchbruch des 1. Milchzahnes?** \_\_\_\_\_

**Wann erfolgte der erste Durchbruch des 1. bleibenden Zahnes?** \_\_\_\_\_

**Gehen Sie/ geht Ihr Kind regelmäßig zum Zahnarzt?** \_\_\_\_\_

**Haben Sie/ hat Ihr Kind durch Karies vorzeitig Milchzähne verloren?**

- Ja
- Nein

**Hatten Sie/ Ihr Kind Unfälle mit Zahnbeteiligung?**

- Ja                      Wenn Ja, welche Zähne und was? \_\_\_\_\_
- Nein

**Gibt es ähnliche Zahnfehlstellungen in der Familie?**

- Ja
- Nein

**Wurden oder werden Geschwister kieferorthopädisch behandelt?**

- Ja
- Nein

**Haben Sie/ hat Ihr Kind am Daumen gelutscht?**

- Ja Falls ja, wie lange? \_\_\_\_\_
- Nein

**Hatten Sie/ Ihr Kind einen Schnuller?**

- Ja Falls ja, wie lange? \_\_\_\_\_
- Nein

**Haben Sie/ Ihr Kind spezielle Angewohnheiten?**

- Knirschen
- Lippenbeißen
- Nägelbeißen
- Andere? Falls ja, welche? \_\_\_\_\_

**Spielen Sie/ spielt Ihr Kind ein Blasinstrument?**

- Ja
- Nein

**Hatten oder haben Sie / Ihr Kind einen Sprachfehler?**

- Ja
- Nein

**Wurden oder werden Sie/ Ihr Kind logopädisch behandelt?**

- Ja
- Nein

**Schlafen Sie/ Ihr Kind mit offenem Mund?**

- Ja
- Nein

### **Wurden Mandeln oder Polypen entfernt?**

- Mandeln
- Polypen

### **Hatten oder haben Sie/ Ihr Kind eine der folgenden Krankheiten?**

- Zuckerkrankheit ( Diabetes)
- Rheumatische Erkrankung
- Epileptische Anfälle
- Krämpfe
- Herzkrankheit
- Penicillin- Überempfindlichkeit
- Asthma
- Blutungsneigung (Hämophilie)
- Rachitis
- Leberentzündung/ Gelbsucht ( Hepatitis B, C)
- Ekzeme
- Lungenkrankheit
- Tuberkulose Tbc
- AIDS/ HIV
- Schilddrüsenerkrankheit
- Andere? falls ja, welche? \_\_\_\_\_

### **Nehmen Sie/ Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein?**

- Ja
- Nein

### **Leiden Sie/ Ihr Kind häufig unter**

- Kopfschmerzen?
- Rückenschmerzen?

---

Patient/in, Erziehungsberechtigte/r

---

Ort, Datum

Vielen Dank für die Beantwortung des Bogens. Sollten sich Änderungen der obigen Angaben ergeben, teilen Sie uns diese bitte umgehend mit. Wir hoffen, dass Sie sich in unserer Praxis wohl fühlen und stehen Ihnen bei Fragen gern zur Verfügung.

**Datenschutzrechtliche  
Einwilligungserklärung** für die Verarbeitung  
personenbezogener Patientendaten gemäß Art. 6  
Abs. 1 lit.a, Art. 7 DSGVO

Dr. M. Gredes  
Fachzahnärztin für Kieferorthopädie  
Poststr. 2 • 29614 Soltau  
Tel: 0 51 91 / 1 73 89

## Schweigepflicht - Entbindung

Patient/in:

Name	
Adresse	

Hiermit stimme ich, der Speicherung meiner personenbezogenen Daten für den Zweck

*Kommunikation zwischen Zahnärzten, Krankenkassen, Kieferorthopäden (Gutachter),  
Kieferchirurgen, Logopäden, Physiotherapeuten, zahnärztliche Stellen (z.B. KZVN)*

durch die Praxis zu.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder durch E-Mail an die Praxis widerrufen kann (Art. 7 Abs. 3 DSGVO).

Mir ist bekannt, dass mein jederzeit möglicher Widerruf der Einwilligung die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt (Art. 7 Abs. 3 Satz 2 DSGVO).

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Patient/in, Erziehungsberechtigte/r

**Datenschutzrechtliche  
Einwilligungserklärung** für die Verarbeitung  
personenbezogener Patientendaten gemäß Art. 6  
Abs. 1 lit. a, Art. 7 DSGVO

*Dr. M. Gredes  
Fachzahnärztin für Kieferorthopädie  
Poststr. 2 • 29614 Soltau  
Tel: 0 51 91 7 1 73 89*

## Unser Recall-System

Liebe Eltern/liebe Patienten,  
haben Sie Interesse an unserem SMS-Erinnerungsservice für den kieferorthopädischen Kontrollbesuch? Dann darf ich Sie bitten, dies durch Ihre Unterschrift zu dokumentieren. Sollten Sie noch Fragen haben, wenden Sie sich bitte an meine Mitarbeiterinnen. Diese antworten Ihnen gerne.

**Patient/in:**

Name	
Erziehungsberichtigte/r (wenn erforderlich)	
Handynummer	

Ich bin bereit, an Ihrem Recall-Service teilzunehmen. Dafür stimme ich der Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten durch die Praxis zu.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder durch E-Mail an die Praxis widerrufen kann (Art. 7 Abs. 3 DSGVO).

Mir ist bekannt, dass mein jederzeit möglicher Widerruf der Einwilligung die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt (Art. 7 Abs. 3 Satz 2 DSGVO).

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Patient/in, Erziehungsberichtigte/r

## **Willkommen in der kieferorthopädischen Praxis Dr M.Gredes**

Mit diesem Infoblatt wollen wir Ihnen ein paar wichtige Details über uns und Ihren ersten Termin bei uns erläutern.

Frau dr Gredes ist eine Fachzahnärztin für Kieferorthopädie. Im Gegensatz zu Zahnärzten die kieferorthopädisch behandeln, hat Frau dr Gredes nach Abschluss Ihres Zahnstudiums noch weitere 4 Jahre an der Universität Greifswald, das Zusatzstudium zum Fachzahnarzt für Kieferorthopädie absolviert.

Seit der Praxisübernahme im April 2012 haben wir uns ständig weiterentwickelt und stehen heute als voll digitalisierte moderne Praxis mit einem geprüften Quality Management System und einem eigens entwickeltem Behandlungs-Management-System da.

Unsere Praxis wird betriebswirtschaftlich von einem professionellen Praxis Manager (Dipl.-Ing.) geführt. Nur so kann sich Frau dr Gredes voll und ganz auf die Bedürfnisse und Behandlungen unserer Patienten konzentrieren ohne sich mit der immer größer werdenden Bürokratie ablenken zu lassen.

Unsere Mitarbeiterinnen werden ständig weitergebildet.

Wir schreiben Service und Umweltfreundlichkeit sehr groß. Wir informieren Sie durch einen SMS-Service über wichtige Praxisinformationen und erinnern Sie automatisch an Ihren nächsten Termin, ganz bequem und ohne Papierverbrauch, direkt auf Ihr Handy. Deshalb benötigen wir Ihre Handynummer. Selbstverständlich werden Ihre Daten nicht weitergegeben und dienen allein der Praxis-Patienten-Kommunikation.

### **KIG Einstufung**

Heute werden wir die Erstuntersuchung bei Ihrem Kind durchführen. Die Kosten hierfür übernimmt Ihre gesetzliche Krankenkasse. Da Frau dr Gredes eine Vertragszahnärztin ist, müssen wir in bestimmten Fällen die Kassenzahnärztliche Vereinigung und Ihre Krankenkasse über die Ergebnisse der heutigen Untersuchung informieren. Die Ergebnisse der KIG Einstufung (Kieferorthopädische-Indikation-Gruppe) entscheiden, ob Ihr Kind das Recht auf eine Kassenleistung hat.

Falls bei Ihrem Kind heute keine positive KIG-Einstufung diagnostiziert werden kann, wird sehr häufig Wachstum und Zahnwechsel abgewartet um eine erneute KIG-Einstufung zu erstellen.

Falls Ihr Kind heute eine positive KIG-Einstufung bekommt, also das Recht auf eine Kassenleistung in der Kieferorthopädie, werden wir in einem ausführlichen Beratungstermin alles Weitere besprechen. Leider ist die gesetzlich vorgegebene KIG-Einstufung in manchen Fällen nicht ganz fair, so kann es dazu kommen, dass nur ein einziger Millimeter entscheidend ist, obwohl medizinisch gesehen eine Behandlung nötig wäre. Gutachter überprüfen die KIG Ergebnisse in regelmäßigen Abständen.

Für Fragen zu diesem Infoblatt stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

-----  
**Ort, Datum**

-----  
**Erziehungsberechtigte/r**