



---

## Herzlich willkommen in unserer Praxis!

Bevor wir uns in Ruhe über Ihre kieferorthopädischen Wünsche oder Sorgen unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine adäquate und risikofreie Behandlung. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Haben Sie Fragen oder gibt es Unklarheiten beim Ausfüllen der unteren Daten, helfen wir Ihnen gerne weiter.

Ihr Praxisteam

## Personalien

Patient:

\_\_\_\_\_

Name

\_\_\_\_\_

Vorname

\_\_\_\_\_

Geburtsdatum

\_\_\_\_\_

Geburtsort

Anschrift:

\_\_\_\_\_

PLZ

\_\_\_\_\_

Ort

\_\_\_\_\_

Straße

\_\_\_\_\_

Tel.-Privat

\_\_\_\_\_

Tel.-Handy

\_\_\_\_\_

Email-Adresse

Versicherter:

Falls abweichend:

\_\_\_\_\_

Name

\_\_\_\_\_

Vorname

\_\_\_\_\_

Geburtsdatum

Krankenkasse:

Pflichtversichert

freiwillig versichert

Privatversicherung: \_\_\_\_\_

Ich erkläre mein Einverständnis, dass ich per E-Mail/Telefon kontaktiert werden darf:  Ja  Nein

Name des Hauszahnarztes: \_\_\_\_\_

*Hinweis:*

Patienten, die von ihrem Hauszahnarzt für spezielle Behandlungen an uns überwiesen wurden, bitten wir, nach Abschluss der Behandlung diesen zur Weiterbehandlung wieder aufzusuchen. Aus Respekt den überweisenden Zahnärzten gegenüber, haben wir uns verpflichtet, Patienten, die nur für bestimmte Behandlungsschritte an uns überwiesen wurden, nicht als eigene Patienten für reguläre Zahnbehandlungen aufzunehmen.

## Wie wurden Sie auf uns aufmerksam?

Empfehlung, wenn ja von wem: \_\_\_\_\_

Internet: Google Jameda Telefonbuch Gelbe Seiten Sonstiges: \_\_\_\_\_



## Kieferorthopädische Anamnese

1. Warum kommen Sie in unsere Praxis? \_\_\_\_\_
2. Wurde bereits eine kieferorthopädische Behandlung durchgeführt oder begonnen?  
Wenn ja wo/seit wann \_\_\_\_\_
3. Bestehen bei Eltern/Geschwister Gebissunregelmäßigkeiten? \_\_\_\_\_  Ja  Nein
4. Bestehen Beschwerden beim Kauen? \_\_\_\_\_  Ja  Nein
5. Knirschen oder pressen Sie? \_\_\_\_\_  Ja  Nein
6. Bestehen häufig Spannungskopfschmerzen/Migräne? \_\_\_\_\_  Ja  Nein
7. Bestehen häufig Hals- oder Nackenverspannungen? \_\_\_\_\_  Ja  Nein
8. Haben Sie Schmerzen/Druckgefühl im Kiefergelenk oder Ohr? \_\_\_\_\_  Ja  Nein
9. Haben Sie Geräusche im Ohr (Tinnitus)? \_\_\_\_\_  Ja  Nein
10. Haben Sie Zahnfleischprobleme/bluten die Zähne beim Zähne putzen? \_\_\_\_\_  Ja  Nein

## Allgemeine Gesundheitsfragen

### Herzerkrankungen:

- Herzschwäche (Insuffizienz) \_\_\_\_\_  Ja  Nein  
Unregelmäßiger Herzschlag (Arrhythmien) \_\_\_\_\_  Ja  Nein  
Herzasthma, Angina pectoris \_\_\_\_\_  Ja  Nein  
Herzschrittmacher \_\_\_\_\_  Ja  Nein

### Kreislaufferkrankungen:

- zu hoher Blutdruck \_\_\_\_\_  Ja  Nein  
zu niedriger Blutdruck \_\_\_\_\_  Ja  Nein  
Herzinfarkt, wann? \_\_\_\_\_  Ja  Nein  
Einnahme gerinnungshemmender Medikamente \_\_\_\_\_  Ja  Nein  
Ohnmachtsanfälle \_\_\_\_\_  Ja  Nein

### Stoffwechselerkrankungen:

- Zuckerkrankheit \_\_\_\_\_  Ja  Nein  
Magen-Darm-Erkrankungen \_\_\_\_\_  Ja  Nein  
Schilddrüsenerkrankungen \_\_\_\_\_  Ja  Nein

### Immunsystem:

- Leiden Sie unter Erkrankungen des Immunsystems? \_\_\_\_\_  Ja  Nein  
Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

### Allergien / Unverträglichkeiten:

- Lokalanästhetika \_\_\_\_\_  Ja  Nein  
Antibiotika \_\_\_\_\_  Ja  Nein  
Metalle \_\_\_\_\_  Ja  Nein  
Andere \_\_\_\_\_

### Infektionskrankheiten:

- Leberentzündungen/Gelbsucht (Hepatitis A oder B) \_\_\_\_\_  Ja  Nein  
Tuberkulose \_\_\_\_\_  Ja  Nein  
AIDS, HIV \_\_\_\_\_  Ja  Nein  
Creutzfeld-Jakob/MRSA/Sonstiges: \_\_\_\_\_  Ja  Nein

### Nehmen Sie zurzeit Medikamente? \_\_\_\_\_

- Wenn ja, welche \_\_\_\_\_  Ja  Nein

### Für Frauen:

- Sind Sie schwanger? Welcher Monat? \_\_\_\_\_  Ja  Nein

Im Falle von Überweisungen erkläre ich mich einverstanden, dass meine Unterlagen an Kollegen übermittelt werden.  
Die „Informationen zur Erhebung personenbezogener Daten“ sind in der Praxis einsehbar.

Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_



**Maul & Sammain**  
Zahnmedizin  
Kieferorthopädie  
CMD

Wallbrunnstraße 26  
79539 Lörrach  
Tel.: 07 621 9357 111  
[www.zahnarzt-maul-sammain.de](http://www.zahnarzt-maul-sammain.de)

---

## Hinweise für den Patienten zur Abrechnung

Liebe Patientin, lieber Patient

Um mehr Zeit für Ihre Behandlung und Betreuung zu haben, halten wir unseren Verwaltungsaufwand so gering wie möglich. Deshalb haben wir die Abrechnung an unseren Partner übertragen.

PVS-MEFA Reiss GmbH  
Erzbergerstr. 25  
78224 Singen  
Telefon 07731/9901-0

Die PVS-MEFA Reiss GmbH unterliegt als Abrechnungsgesellschaft den einschlägigen Bestimmungen des Bundesdatenschutzgesetzes und verarbeitet Patientendaten mit höchster Sorgfalt und absoluter Vertraulichkeit.

Für alle Fragen zur Abrechnung stehen Ihnen bei PVS-MEFA Reiss Ansprechpartner zur Verfügung. PVS-MEFA Reiss GmbH bietet Ihnen darüber hinaus auch einen Online-Service rund um die Uhr unter [www.pvs-mefa.de](http://www.pvs-mefa.de)

Für dieses Abrechnungsverfahren benötigen wir Ihr schriftliches Einverständnis. Wir bitten Sie deshalb um Ihre Zustimmung durch Unterzeichnung der umseitigen Erklärung.

Vielen Dank für Ihr Vertrauen!

Ihre Gemeinschaftspraxis für umfassende Zahnmedizin  
Dr. med. dent. Johanna Maul & Dr. med. Dr. med. dent. Simon Sammain



**Maul & Sammain**  
Zahnmedizin  
Kieferorthopädie  
CMD

Wallbrunnstraße 26  
79539 Lörrach  
Tel.: 07 621 9357 111  
www.zahnarzt-maul-sammain.de

---

## Einverständniserklärung

\_\_\_\_\_  
Name Patient

\_\_\_\_\_  
Vorname Patient

\_\_\_\_\_  
geb. am:

\_\_\_\_\_  
Straße

\_\_\_\_\_  
PLZ/Ort

Ich erkläre mich einverstanden mit der

- Weitergabe der zum Zwecke der Abrechnung und Geltendmachung jeweils erforderlichen Informationen, insbesondere von Daten aus der Patientenakte, an die PVS-MEFA Reiss GmbH. Hierbei handelt es sich um Name, Anschrift, Geburtsdatum, Kostenträger, die erbrachte Leistung gem. den Gebührenordnungen sowie die dazugehörigen Diagnosen, Befunde, Rechnungsbeträge, Laborrechnungen und Formulare.
- Abtretung der sich aus der Behandlung ergebenden Forderungen auf Begleichung der Behandlungskosten an die PVS Reiss GmbH.
- Weiterabtretung der Forderung im Rahmen der Refinanzierung an die refinanzierenden Banken (apoBank, Sparkasse Hegau-Bodensee). Ich kann jederzeit das betreffende Kreditinstitut bei meinem Behandelnden und/oder der PVS Reiss GmbH erfragen.

Ich wurde darüber aufgeklärt, dass die PVS-MEFA Reiss GmbH die Leistungen meine Behandelnden mir gegenüber ausschließlich auf dessen Weisung im eigenen Namen in Rechnung stellen und auf eigene Rechnung einziehen wird. Sollte es über die Berechtigung der Forderung unterschiedliche Auffassungen geben, kann mein Behandelnder in einer etwaigen Auseinandersetzung als Zeuge gehört werden. Ich entbinde hiermit meinen Behandelnden von seiner ärztlichen Schweigepflicht, soweit dies für die Abrechnung und die Geltendmachung der Forderung erforderlich ist.

Ich bin damit einverstanden, dass meine persönlichen Daten sowie meine Behandlungsdaten der PVS Reiss GmbH zur Rechnungstellung und zur Geltendmachung – ggf. elektronisch – erhoben, gespeichert, verarbeitet, genutzt und übermittelt werden. Die PVS Reiss GmbH verpflichtet sich und evtl. Dienstleister zur Verschwiegenheit sowie zur Einhaltung des Datenschutzes.

Diese Erklärung gilt auch für zukünftige Behandlungen und kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft über Ihren Behandelnden oder die PVS Reiss GmbH schriftlich widerrufen werden.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient bzw. gesetzlicher Vertreter

Gesetzlicher Vertreter:

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Adresse (falls abweichend)