

Behandlungsvertrag für ambulante Behandlung

zwischen

Name, Vorname des/der Patienten/in *) Geburtsdatum

Anschrift

Name, Vorname des Vertreters *) des Patienten

und

Universitätsklinikum des Saarlandes, 66421 Homburg/Saar (UKS)

für die ambulante Behandlung zu den geltenden Allgemeinen Vertragsbedingungen (AVB)

der Patient ist **Kassenpatient** und verpflichtet sich eine gültige elektronische Gesundheitskarte (eGK) und einen Überweisungsschein spätestens innerhalb einer Frist von zehn Tagen nach der ersten Inanspruchnahme der Ambulanz nachzureichen (§ 13 Abs. 1NR. 1 Bundesmantelvertrag/Ärzte (BMV-Ä in Verbindung mit Nr. 2.1 der Anlage 1 zur Vereinbarung zum Inhalt und zur Anwendung der elektronischen Gesundheitskarte). Patienten der Kliniken für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde können das UKS ohne Vorlage eines Überweisungsscheines aufsuchen. Hier reicht die Vorlage einer elektronischen Gesundheitskarte (eGK). Bei Nichtvorlage eines gültigen Überweisungsscheines bzw. einer gültigen eGK erfolgt die Abrechnung mit dem Patienten als Selbstzahler. Dauert die Untersuchung oder Behandlung länger als ein Quartal ist der Patient verpflichtet, zu Beginn des folgenden Quartals einen neuen gültigen Überweisungsschein und eine gültige eGK vorzulegen. Der Behandlungsvertrag hat Gültigkeit für die Dauer der Untersuchung oder Behandlung innerhalb des laufenden Quartals

der Patient ist **Selbstzahler**

Sofern kein gesetzlicher Krankenversicherungsschutz besteht, keine Kostenübernahmeerklärung eines Sozialleistungsträgers, eines sonstigen öffentlich-rechtlichen Kostenträgers oder einer privaten Krankenversicherung vorgelegt wird oder die vorgelegte Kostenübernahmeerklärung nicht die Kosten aller in Anspruch genomener Leistungen abdeckt, ist der Patient ganz bzw. teilweise als Selbstzahler zur Zahlung des Entgelts für die Krankenhausleistungen verpflichtet.

Der Patient ist hiermit informiert worden, dass die Daten zur Durchführung der Behandlung, zur Leistungsabrechnung und zur Erfüllung der klinischen Dokumentationspflicht gespeichert, genutzt und übermittelt werden dürfen. Dabei werden die Datenschutzgesetze und das Saarländische Krankenhausgesetz beachtet.

Der Patient willigt hiermit ein, dass das Universitätsklinikum des Saarlandes Befunde und Behandlungsdaten bei seinem Hausarzt und weiteren Leistungserbringer einholt und die am UKS erhobenen Befunde dem Hausarzt und weiteren Leistungserbringern übermittelt werden. Diese Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden. Der Patient entbindet hiermit die behandelnden Ärzte von ihrer Schweigepflicht gegenüber den mit-/ weiterbehandelnden Leistungserbringern.

Der Patient ist hiermit darüber informiert worden, dass Eintragungen in die gelb gekennzeichneten Felder des Aufnahmeformulars freiwillig sind. Die Angabe „verheiratet“ dient allein der verwaltungsinternen Leistungsabrechnung. Der Patient willigt in die Verarbeitung der freiwillig erhobenen Daten zu den angegebenen Zwecken ein.

Weitere persönliche Daten:	Geschlecht		Geburtsname		Geburtsort	
	Staatsangehörigkeit			verheiratet: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		Telefon
Aufnahmedaten:	Unfall <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		Unfallart		Unfallort	Unfall-Datum
	Überweisender Arzt		Straße, Hausnummer		Postleitzahl, Ort	
	Hausarzt		Straße, Hausnummer		Postleitzahl, Ort	
Versichertendaten:	1. Kostenträger/Krankenkasse		Straße, Hausnummer		Postleitzahl, Ort	
	2. Kostenträger/Krankenkasse		Straße, Hausnummer		Postleitzahl, Ort	
	Name, Vorname des Versicherten		Straße, Hausnummer		Postleitzahl, Wohnort	
	Geburtsdatum	Mitglieds- Nr.		Arbeitgeber (nur bei Arbeits- und Wegeunfällen)		
	Name, Vorname des Rechnungsempfängers		Straße, Hausnummer		Postleitzahl, Wohnort	
<input type="checkbox"/> Diese Angaben sind freiwillig <input type="checkbox"/> nur bei Arbeits- und Wegeunfällen						

Homburg, den

Unterschrift des Patienten bzw. seines Vertreters (bei minderjährigen Patienten: des/der Sorgeberechtigten)

Unterschrift des UKS-Mitarbeiters

*) Zur besseren Lesbarkeit wird im folgenden Text und etwaigen weiteren Formularen nur die männliche Form verwendet, die Angaben beziehen sich jedoch auf Angehörige beider Geschlechter

Allgemeine Anamnese

Name _____ Gewicht _____ kg

Vorname _____ Größe _____ cm

Geburtsdatum _____

Bitte beantworten Sie im Interesse einer komplikationslosen Behandlung folgende Fragen

- | | ja | nein |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. Waren Sie vor Kurzem oder stehen Sie derzeit noch in ärztlicher Behandlung? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Befinden Sie sich noch andernorts in zahnärztlicher Behandlung? Wenn ja, Kontaktdaten des/der Kollegen/in | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja, welche? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 4. Haben oder hatten Sie eine Therapie mit Bisphosphonaten (z.B. Zometa, Aredia)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Haben oder hatten Sie eine Therapie mit Angiogenesehemmern (z.B. XGEVA)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Treten oder traten bei Ihnen nach Verletzungen oder Zahnentfernungen stärkere Blutungen auf? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Nehmen Sie Blutverdünner/Antikoagulantien (z.B. ASS, Marcumar)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Haben Sie eine Allergie? Wenn ja, welche? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Leiden oder litten Sie an einer der nachfolgend aufgeführten Erkrankungen? | | |

- | | ja | nein | | ja | nein |
|--|--------------------------|--------------------------|---|--------------------------|--------------------------|
| Herzerkrankung (z.B. Klappenersatz, Infarkt, Angina pectoris, Herzrhythmusstörungen, Endokarditis) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Infektionserkrankung (z.B. Tuberkulose, Hepatitis, HIV/AIDS, Lues) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hoher/Niedriger Blutdruck | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Nervenerkrankung (z.B. Epilepsie, MS) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Blutarmut (Anämie) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Grüner Star (Glaukom) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Schlaganfall | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Rheuma | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Atemwegs-/Lungenerkrankung (z.B. Asthma) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Schilddrüsenerkrankung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Nierenerkrankung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Zuckerkrankheit (Diabetes) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Lebererkrankung (z.B. Gelbsucht) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Organtransplantation | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Magen-Darm-Erkrankung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Bestrahlung im Kopf-Hals-Bereich
Andere Operationen (z.B. Gelenkersatz, Tumor) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 10. Leiden Sie an einer Krankheit, die nicht aufgeführt ist? Wenn ja, an welcher? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|---|--------------------------|--------------------------|

- | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 11. Haben Sie einen Herzschrittmacher? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Besitzen Sie einen Herzpass? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. Für Patientinnen: Besteht zurzeit eine Schwangerschaft? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. Rauchen Sie? Wenn ja, wieviel? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. Konsumieren Sie regelmäßig Alkohol? Wenn ja, wieviel? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16. Wann wurden Sie das letzte Mal im Kopfbereich geröntgt? _____ | | |

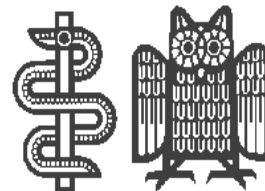
Weitere wichtige Fragen befinden sich auf der Rückseite – bitte wenden.

Spezielle Anamnese Kieferorthopädie

	ja	nein
1. Wer hat Sie auf die Zahnstellung aufmerksam gemacht?		
2. Hat der Patient selbst schon einmal eine Spange getragen? Wann? Wenn ja, Kontaktdaten des Kieferorthopäden:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Wurde ein anderes Familienmitglied kieferorthopädisch behandelt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Atmet der Patient hauptsächlich durch den Mund?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Schläft der Patient mit offenem Mund?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Sind die Mandeln oder Polypen entfernt worden? Wenn ja, wann?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Hat der Patient Daumen, Finger oder Schnuller gelutscht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Knirscht der Patient am Tag oder in der Nacht mit den Zähnen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Hat der Patient Schmerzen beim Kauen oder knackt das Kiefergelenk?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Zeigt der Patient Besonderheiten beim Sprechen (z.B. Lispeln)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Hat sich der Patient einmal einen Zahn an- oder ausgeschlagen? Wenn ja, wann?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Welche Hobbies hat der Patient (Musik oder Sport sind behandlungsrelevant)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. War der Patient schon einmal in krankengymnastischer Behandlung? Wenn ja, wann?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Homburg,

Unterschrift des Patienten bzw. des gesetzlichen Vertreters



RÖNTGENAUFNAHMEN KIEFERORTHOPÄDISCHE BEHANDLUNG

Name des Patienten/der Patientin:

Röntgenaufnahmen von Zähnen und Schädelstrukturen geben wichtige Informationen für die Durchführung einer kieferorthopädischen Behandlung. Wir bitten um Ihr Einverständnis für die Anfertigung dieser Bilder.

Wir verpflichten uns, die Röntgenaufnahmen auf eine für die Behandlung notwendige Mindestzahl zu beschränken. Unsere Röntgengeräte werden von den Strahlenschutzbehörden regelmäßig kontrolliert, darüber hinaus werden zum Schutze des Patienten Bleischürzen verwendet. Weiterhin möchten wir klarstellen, dass die Strahlendosis, die für unsere Aufnahmen benötigt wird, eine geringe Belastung darstellt. Vor jedem Röntgenvorgang werden wir den Patienten befragen, wann und wo er/sie in den letzten 12 Monaten geröntgt wurde, und ob bei weiblichen Patienten eine Schwangerschaft besteht.

Ich bin damit einverstanden, dass bei meinem Kind die Röntgenaufnahmen, die für eine kieferorthopädische Behandlung als notwendig erachtet werden, durchgeführt werden dürfen.

Homburg, den _____

Unterschrift

Ich möchte vor jeder Röntgenaufnahme informiert werden.

Ja

Nein

Unterschrift

Vom Patienten auszufüllen

Nach §29 der Röntgenverordnung ist die Beantwortung der folgenden Fragen zwingend notwendig:

Sind bei Ihnen innerhalb der letzten 12 Monate Zahn- bzw. Kieferaufnahmen gemacht worden?

Ja Nein

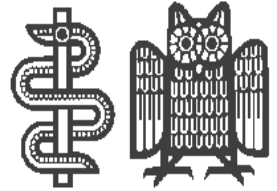
Wenn ja, bei welchem Zahnarzt oder Arzt?

Zusätzliche Fragen für weibliche Patienten:
Besteht bei Ihnen eine Schwangerschaft?

Ja Nein Ungewiss

Homburg, den _____

Unterschrift



Name des Patienten:

Behandlung durch Studierende der Zahnheilkunde

Sehr geehrte Patienten,
sehr geehrte Eltern,

das Zentrum für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde am Universitätsklinikum des Saarlandes hat drei wichtige Aufgaben: Die Versorgung von Kranken im Mund-, Kiefer- und Gesichtsbereich, die zahnmedizinische und medizinische Forschung und die Ausbildung des zahnärztlichen und ärztlichen Nachwuchses.

Nach drei Jahren intensiver theoretischer Vorbereitung und vielen praktischen Übungen werden die Studierenden der Zahnmedizin zunächst zur Assistenz bei der zahnärztlichen Tätigkeit eingesetzt. Im weiteren Verlauf ihrer Ausbildung müssen sie unter Anleitung und Aufsicht von approbierten Zahnärzten und unter der Verantwortung der jeweiligen Kursleiter selbst zahnärztliche Behandlungsmaßnahmen durchführen. Die für die Gesamtbehandlung der Patienten verantwortlichen Klinikleiter haben dabei alle Vorkehrungen für eine optimale Behandlung getroffen.

Da am Zentrum für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde der Universitätskliniken des Saarlandes die Patientenversorgung untrennbar mit der Ausbildung des zahnärztlichen und ärztlichen Nachwuchses und der wissenschaftlichen Forschung verbunden ist, bitten wir Sie, durch Ihre Unterschrift Ihr Einverständnis mit der Behandlung durch Studierende zu erklären.

Mit freundlichen Grüßen

Mit dem oben Erklärten bin ich einverstanden

Univ.-Prof. Dr. Jörg Lisson

Datum/Unterschrift des Patienten/Erziehungsberechtigten