

ANMELDE- UND ANAMNESEBOGEN

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

herzlich willkommen in unserer kieferorthopädischen Fachpraxis **BISS32**.

Zur Anlage Ihrer persönlichen Behandlungskartei und im Interesse einer komplikationslosen Behandlung benötigen wir von Ihnen einige Angaben. Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen vollständig und richtig. Alle Angaben unterliegen nach §203 StGB der ärztlichen Schweigepflicht.

PATIENT

Titel, Name, Vorname

Geburtsdatum, Geburtsort

Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

Telefon (tagsüber)

Telefon (mobil)

Beruf

E-Mail-Adresse (für die elektronische Rechnungslegung)

Name der Krankenkasse/-versicherung

- Privatversichert
 Beihilfeberechtigt
 Gesetzlich versichert
 KFO-Zusatzversicherung

IHR ZAHNARZT

Name, Vorname

Ort

BEFINDEN SICH VERWANDTE/BEKANNTE BEI UNS IN BEHANDLUNG?

- Nein
 Ja/Name _____

WURDE DER KIEFERBEREICH IN DEN LETZTEN 12 MONATEN GERÖNTGT?

- Nein
 Ja, bei Praxis _____

PRESSEN ODER KNIRSCHEN SIE MIT DEN ZÄHNEN?

- Nein
 Ja

WURDE SCHON KIEFERORTHOPÄDISCH BEHANDELT?

- Nein
 Ja, bei Praxis _____

HABEN SIE ALLERGIEN?

- Nein
 Ja. Welche _____

HABEN SIE ERKRANKUNGEN/VERLETZUNGEN/OPERATIONEN IM MUND-,
KIEFER-ODER GESICHTSBEREICH?

- Nein
 Ja. Welche _____

WIRD AM DAUMEN GELUTSCHT?

- Nein
 Ja

WERDEN FINGERNÄGEL GEKAUT?

- Nein
 Ja

BESTEHEN BESCHWERDEN DES KIEFERGELENKS, DER KAU- ODER NACKENMUSKULATUR?

- Nein
 Ja

HABEN SIE HÄUFIG KOPFSCHMERZEN?

- Nein
 Ja

BESTEHEN RHEUMATISCHE ERKANKUNGEN?

- Nein
 Ja

LIEGT EINE ERSCHWERTE NASENATMUNG VOR?

- Nein Ja

WURDEN MANDELN ODER POLYPEN ENTFERNT?

- Nein Ja

LIEGT EINE INFEKTIONKRANKHEIT (Z.B.: HIV, TBC, HEPATITIS) VOR?

- Nein Ja. Welche _____

PATIENTINNEN: LIEGT EINE SCHWANGERSCHAFT VOR?

- Nein Ja Ungewiss

SIND HOBBY ODER BERUF VERBUNDEN MIT:

- Gesang Geige Blasinstrument Ballsport Kampfsport

RAUCHEN SIE?

- Nein Ja

SIE WÜNSCHEN, DASS FOLGENDE BESONDERHEITEN BERÜCKSICHTIGT WERDEN:

DIE PRAXIS BISS32 MÖCHTE IHNEN ZUSÄTZLICH FOLGENDE INFORMATIONEN GEBEN:

Gesetzlich versicherte Patienten:

Die gesetzlichen Krankenkassen übernehmen die Behandlungskosten für Patienten nach dem vollendeten 18. Lebensjahr nur unter bestimmten Voraussetzungen. Wir sind verpflichtet die Kosten für eine umfangreiche kieferorthopädische Erstbefundung und Erstberatung nach GOZ privat in Rechnung zu stellen. Die Kosten können zwischen 35 - 100 € variieren, je nach Leistungsumfang.

Wir bitten darum, uns rechtzeitig bei jedem Quartalswechsel Ihre Krankenversichertenkarte G2.1 vorzulegen, ansonsten gehen wir davon aus, dass Sie eine Privatbehandlung wünschen. Vergessene Krankenversicherungskarten sind innerhalb von 10 Tagen nach Behandlung nachzureichen.

Privatpatienten, insbesondere Beihilferechtigte:

Erkundigen Sie sich bitte im Falle einer Behandlung möglichst vor Beginn der aktiven Therapie bei Ihrem Kostenträger über die mögliche Kostenerstattung. Eine vollständige Erstattung ist nicht immer gewährleistet.

Hinweis zur Organisation:

Die vereinbarten Termine sind für Sie reserviert. Bitte vermeiden Sie kurzfristige Terminabsagen und -verschiebungen. Bitte haben Sie Verständnis dafür, dass wir nicht wahrgenommene Termine, die nicht spätestens 24 Stunden zuvor abgesagt wurden, privat berechnen müssen. Wir sind berechtigt, diese auch Mitgliedern der gesetzlichen Krankenversicherung nach der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) in Rechnung zu stellen.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner umseitigen und obigen Angaben und stimme der Speicherung meiner persönlichen Daten ausdrücklich zu. Diese werden ausschließlich für meine Behandlung und zur Kommunikation mit meinem Zahnarzt genutzt. Bitte teilen Sie uns Änderungen schnellstmöglich mit.

Die kieferorthopädische Befunderhebung und Planung darf meinem Zahnarzt übermittelt werden.

Datum

Unterschrift (Patient/Versicherter)

Wir freuen uns über Ihren Besuch und werden Ihren Aufenthalt so angenehm wie möglich gestalten!