

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)

Name der Krankenkasse/-versicherung

☐ Privatversichert

☐ Beihilfeberechtigt

☐ Gesetzlich versichert

☐ KFO-Zusatzversicherung

HAUPTVERSICHERTE PERSON/ZAHLUNGSPFLICHTIGE/R/RECHNUNGSADRESSE

☐ **identisch**

Titel, Name, Vorname

Geburtsdatum, Geburtsort

Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

Telefon (tagsüber)

Telefon (mobil)

Beruf

E-Mail-Adresse (für die elektronische Rechnungslegung)

ERZIEHUNGSBERECHTIGTE/R (falls abweichend von hauptversicherte Person/Zahlungspflichtige/r)

Name, Vorname

Telefon

IHR ZAHNARZT

Name, Vorname

Ort

BEFINDEN SICH VERWANDTE/BEKANNTTE 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

WIRD EIN SCHNULLER BENUTZT?

- ☐ 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

WERDEN MEDIKAMENTE EINGENOMMEN UND SEIT WANN?

- ☐ Nein ☐ Ja. Welche _____

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:

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

Privatpatienten, insbesondere Beihilfeberechtigte:

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 | der persönlichen Daten meines Kindes ausdrücklich zu. Diese werden ausschließlich für meine Behandlung und zur Kommunikation mit meinem Zahnarzt genutzt. Zudem erkläre ich mich einverstanden, dass im Rahmen der kieferorthopädischen Behandlung notwendige Röntgenuntersuchungen bei meinem Kind gemacht werden. Die kieferorthopädische Befunderhebung und Planung darf meinem Zahnarzt übermittelt werden. Bitte teilen Sie uns Änderungen schnellstmöglich mit.

Datum

Unterschrift (Patient/Versicherter/Erziehungsberechtigter)

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