

Anamnesebogen Kieferorthopädische Praxis Dr. H.-J. Feldmann

Sehr geehrte/r Patient/in! Sehr geehrte Eltern,

Wir freuen uns sehr, Sie in unserer Praxis begrüßen zu dürfen und hoffen, dass Sie sich bei uns wohl fühlen. Dankbar sind wir Ihnen bereits dafür, dass Sie uns diesen Aufnahmebogen sorgfältig ausfüllen.

Vielen Dank *Ihr Praxisteam*

Angaben zur Patientin/ zum Patienten:

Rechnungsempfänger O

Nachname :	Vorname:
Geschlecht: männlich O weiblich O	Geburtsdatum:
Adresse (Straße, PLZ, Ort):	
Staatsangehörigkeit:	Beruf:
Versicherung: O privat bei:	
O gesetzlich bei:	
O beihilfeberechtigt O pflichtversichert O freiwillig versichert	

Angaben zum Hauptversicherten

Rechnungsempfänger O

Nachname :	Vorname:
Geschlecht: männlich O weiblich O	Geburtsdatum:
Adresse (Straße, PLZ, Ort):	
Staatsangehörigkeit:	Beruf:
Telefonnummer, tagsüber:	Mobiltelefon:
	E-Mail:

Angaben zum Erziehungsberechtigten (falls abweichend vom Hauptversicherten):

Rechnungsempfänger O

Nachname :	Vorname:
Geschlecht: männlich O weiblich O	Geburtsdatum:
Adresse (Straße, PLZ, Ort):	
Staatsangehörigkeit:	Beruf:
Telefonnummer, tagsüber:	Mobiltelefon:
	E-Mail:

Fragen zur Vorgeschichte:

Bestand eine kieferorthopädische Vorbehandlung?	ja ☐	nein ☐
Besteht momentan eine kieferorthopädische Behandlung? Wenn ja: Wo?	ja ☐	nein ☐
Sind zurzeit Geschwister in kieferorthopädischer Behandlung?	ja ☐	nein ☐
Besteht momentan eine ☐ allgemeinärztliche Behandlung? ☐ Hals-Nasen-Ohren-Behandlung?		
Werden Medikamente eingenommen? Wenn ja Welche?	ja ☐	nein ☐
Besteht eine ☐ Kreislauferkrankung (z. B. Herzfehler)? ☐ Zuckerkrankheit? ☐ Blutungsneigung? ☐ Allergie? ☐ Infektionskrankheit (z. B. HIV, Hepatitis)? ☐ physische oder psychische Einschränkungen? ☐ sonstige Erkrankungen		

Gab es Unfälle mit Zahnbeteiligung?	ja ☐	nein ☐
-------------------------------------	--------------------------	----------------------------

Gewohnheiten:

Wird nachts mit den Zähnen geknirscht?	ja ☐	nein ☐
Wird/Wurde gelutscht, genuckelt?	ja ☐	nein ☐
Lippenbeißen	ja ☐	nein ☐
Nägelkauen	ja ☐	nein ☐
Zungenbeißen	ja ☐	nein ☐
Besteht ein Sprachfehler?	ja ☐	nein ☐
Bestehen Beschwerden im Bereich der Kiefergelenke/Kaumuskulatur?	ja ☐	nein ☐
Wurden in den letzten 12 Monaten Röntgenaufnahmen des Mundes-/Kieferbereiches angefertigt?	ja ☐	nein ☐
Besteht eine Schwangerschaft?	ja ☐	nein ☐
Besteht zurzeit eine individualprophylaktische Behandlung beim Zahnarzt? Zahnarzt (Name, Adresse)	ja ☐	nein ☐

Kassenpatienten:

Wir brauchen die Krankenversichertenkarte bei jedem Besuch in der Praxis. Liegt sie uns auch 14 Tage nach der Behandlung nicht vor, so betrachten wir Sie als Privatpatient und Sie erhalten eine Rechnung nach der GOZ.

Bestellpraxis:

Wir sind immer bemüht, Ihnen lange Wartezeiten zu ersparen. Deshalb bitten wir Sie, vereinbarte Termine mindestens 24 Stunden vorher abzusagen, falls Sie verhindert sind. Wir sind berechtigt, nicht eingehaltene Termine auch Mitgliedern der gesetzlichen Krankenversicherung nach der privaten Gebührenordnung (GOZ) in Rechnung zu stellen (je nach Länge des Termins = 50 -150€).

DSGVO:

Mit der Weitergabe von personenbezogenen Daten bin ich einverstanden, wenn dies zur Erfüllung des Behandlungsvertrages sowie der Abtretung der Forderung zum Zweck des Einzuges an die PVS dental dient.
Näheres zum Datenschutz hängt in unserer Praxis aus.

Bitte teilen Sie uns Änderungen bezüglich aller Angaben (Namens-, Adressänderungen, usw.) unverzüglich mit.

Ihre Angaben werden streng vertraulich behandelt. Sie unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht gemäß § 203 Strafgesetzbuch sowie den Bestimmungen des Datenschutzes (DSGVO).

Ich versichere, alle Angaben vollständig und wahrheitsgemäß aufgeführt zu haben.

Ich habe die obenstehenden Ausführungen und die Datenschutzerklärung der Praxis gelesen und erkenne sie an.

Datum, Ort

Unterschrift des Versicherten/des
Erziehungsberechtigten