

Patientenbogen Erwachsene

Herzlich willkommen bei der Kieferorthopädie My KFO. Wir möchten uns mit Ihnen in Ruhe über Ihre kieferorthopädischen Wünsche unterhalten und Sie umfassend beraten. Dazu benötigen wir für den Beratungstermin neben Ihren Personalien auch medizinische Auskünfte. Wir nehmen Ihre Angaben selbstverständlich diskret entgegen.

Patient

Name: _____ PLZ/Ort: _____
Vorname: _____ Tel. Nr.: _____
Geburtsdatum: _____ Mobil: _____
Straße, Nr.: _____ Krankenkasse: _____
E-Mail: _____

Versicherungsart

- gesetzlich versichert Beihilfe privat voll-versichert
 Basistarif einer privaten Versicherung freiwillig versichert

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

- Empfehlung von:** Bekannte / Verwandte: _____ Name Arzt / Zahnarzt: _____ Name
 Werbung (Anzeige, Tagespresse/Fachzeitschrift etc.) Gelbe Seiten zus. informiert auf **www.my-KFO.de**
Internet: Google Arzt- oder Gesundheitsportale, welche?
 Sonstiges: _____

Vielen Dank für Ihre Mithilfe. Wir werden uns bemühen Ihren Aufenthalt bei uns so angenehm wie möglich zu gestalten. Diese Angaben sind für eine vertrauensvolle Zusammenarbeit wie auch eine sachgerechte medizinische Behandlung erforderlich. Ihre Angaben werden streng vertraulich behandelt. Sie unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht gemäß § 203 des Strafgesetzbuches sowie den strengen Bestimmungen des Datenschutzgesetzes. Nur im Rahmen der Zusammenarbeit mit einer Abrechnungsgesellschaft werden abrechnungsspezifische Daten an diese weitergegeben.

Für gesetzlich versicherte Patienten

Ihre Krankenversicherung verlangt, dass die Krankenversicherungskarte zu jedem Praxisbesuch mitgebracht werden soll. Liegt die Versichertenkarte innerhalb von 14 Tagen nach der Behandlung (bzw. zur Rechnungsstellung) nicht vor, so muss die Behandlung als Privatbehandlung betrachtet werden und eine entsprechende Privatrechnung nach GOZ (Gebührenordnung für Zahnärzte) zugestellt werden.

Bitte wenden!



Patientenbogen Erwachsene

Ärztliche Behandlung

- Stehen Sie zurzeit in ärztlicher Behandlung? Ja Nein
Wenn ja, wegen welcher Erkrankung? _____
- Wer ist Ihr Hausarzt? (Name) _____
- Wer ist Ihr Zahnarzt? (Name) _____
- Ich bin damit einverstanden, dass mein behandelnder Zahnarzt über die geplanten kieferorthopädischen Maßnahmen und den Verlauf der Behandlung informiert wird. Ja Nein
- Bestehen allgemeinmedizinische Erkrankungen (z.B. Herz-, Kreislauferkrankungen, Gerinnungsstörungen, Diabetes oder andere Erkrankungen) oder Infektionskrankheiten (Hepatitis)? Ja Nein
Wenn ja, welche? _____
- Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Ja Nein
Wenn ja, welche? _____
- Bestehen Allergien oder Unverträglichkeiten oder der Verdacht einer Überempfindlichkeit gegen Materialien oder Medikamente? Ja Nein
Wenn ja, welche? _____
- Besitzen Sie einen Allergiepass? Ja Nein
- Wurde oder wird eine physiotherapeutische oder osteopathische Behandlung durchgeführt? Ja Nein

Fragen zur Röntgenuntersuchung

- Wurden Sie im letzten Jahr im Kopf-, Kiefer- oder Zahnbereich geröntgt? Ja Nein
Wenn ja, wann genau und bei wem? _____
- Bei Frauen: Besteht derzeit eine Schwangerschaft? Ja Nein

Fragen aus kieferorthopädischen Gründen

- Wurde schon einmal kieferorthopädisch behandelt? Ja Nein
Wenn ja, bei welchem Arzt? _____
- Wurde die Behandlung planmäßig abgeschlossen? Ja Nein
- Bestehen Kiefergelenksbeschwerden oder -knacken? Ja Nein
- Bestehen häufig Kopfschmerzen, Schmerzen im Gesichtsbereich oder beim Kauen? Ja Nein
- Besteht oder bestand Zähneknirschen oder Zähnepressen? Ja Nein
- Gab es Unfälle mit Beteiligung der Zähne oder des Kiefers? Ja Nein
- Besteht eine Mundatmung? Ja Nein
- Besteht häufig eine Erkältung? Ja Nein
- Schnarchen Sie? Ja Nein
- Bestand oder besteht Zungenpressen, Lippenbeißen, Nägelkauen, Bleistiftkauen? Ja Nein
Bis wann? _____
- Besteht ein Sprachfehler (z.B. Lispeln) oder wurde bereits eine logopädische Behandlung durchgeführt? Ja Nein
Wenn ja, wann? _____

Ich bestätige hiermit diesen Anmeldebogen sorgfältig gelesen zu haben und die Fragen nach meinem besten Wissen und wahrheitsgemäß beantwortet zu haben. Über Änderungen werde/n ich/wir die Praxis immer sofort und unaufgefordert informieren.

Datum _____

Unterschrift _____