



ANMELDE- & ANAMNESEBOGEN

Liebe Patienten,
herzlich willkommen in der Fachzahnarztpraxis DR. HUBER KIEFERORTHOPÄDIE!

Für eine umfassende und individuelle Beratung möchten wir Sie bitten, sich einen Moment Zeit zu nehmen, Ihre persönlichen Angaben auszufüllen und die Fragen so genau wie möglich zu beantworten. Diese Angaben sind für eine vertrauensvolle Zusammenarbeit wie auch eine sachgerechte kieferorthopädische Behandlung erforderlich. Ihre Daten werden streng vertraulich behandelt. Sie unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht gemäß § 203 des Strafgesetzbuches sowie den strengen Bestimmungen des Datenschutzgesetzes.

PERSÖNLICHE ANGABEN

KONTAKTDATEN DES PATIENTEN

<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> W	
Name Vorname		Titel
Straße Hausnummer		Geburtsdatum
Postleitzahl Ort		E-Mail
Telefon (privat)	Telefon (mobil)	Telefon (geschäftlich)

KONTAKTDATEN DES HAUPTVERSICHERTEN

Ist der Patient nicht der **Hauptversicherte**, ergänzen Sie bitte folgende Angaben:

Name Vorname		Titel
Straße Hausnummer		Geburtsdatum
Postleitzahl Ort		E-Mail
Telefon (privat)	Telefon (mobil)	Telefon (geschäftlich)

KONTAKTDATEN DES ERZIEHUNGSBERECHTIGTEN*

Ist der Hauptversicherte nicht der **Erziehungsberechtigte**, ergänzen Sie bitte folgende Angaben:

Name Vorname		Titel
Straße Hausnummer		Geburtsdatum
Postleitzahl Ort		E-Mail
Telefon (privat)	Telefon (mobil)	Telefon (geschäftlich)

VERSICHERUNGSART | RECHNUNGSEMPFÄNGER

- Gesetzlich versichert
 Pflichtversichert
 Freiwillig versichert

Name der Krankenkasse

- Privat versichert
 Privat versichert im Basistarif
 Privat vollversichert
 Beihilfeberechtigt

Name der Beihilfe | Versicherung

- Zusatzversichert für Kieferorthopädie

- Rechnung an:
 Patient | Hauptversicherte|r
 Erziehungsberechtigte|r
 Sonstige Person:

FÜR GESETZLICH VERSICHERTE PATIENTEN

Ihre Krankenversicherung verlangt, dass die Krankenversicherungskarte zu jedem Praxisbesuch mitgebracht werden soll. Liegt die Versichertenkarte im jeweiligen Quartal nicht zumindest einmal vor, sind wir seitens der Krankenkassen dazu verpflichtet, Ihnen das entsprechende Quartal in Rechnung zu stellen.

KONTAKTDATEN DES ARZTES | ZAHNARZTES

Name des Hausarztes

Adresse (sofern bekannt)

Telefon (sofern bekannt)

Name des Zahnarztes

Adresse (sofern bekannt)

Telefon (sofern bekannt)

Ich bin damit einverstanden, dass mein behandelnder Zahnarzt über die geplanten kieferorthopädischen Maßnahmen und den Verlauf der Behandlung informiert wird

Ja Nein

FRAGEN ZU RÖNTGENUNTERSUCHUNGEN

Wurden bereits Röntgenaufnahmen der Zähne und | oder des Kopfes angefertigt?

Ja Nein

Wann und von wem wurden die Röntgenaufnahmen angefertigt? _____

Besitzen Sie | Ihr Kind einen Röntgenpass?

Ja Nein

Besteht derzeit eine Schwangerschaft?

Ja Nein

KIEFERORTHOPÄDISCHE GESUNDHEITSFragen

Gab es Unfälle im Kopf- | Gesichtsbereich?

Ja Nein

Wenn Ja, wann und welche? _____

Mit Beteiligung der Zähne oder des Kiefers?

Ja Nein

Sind Sie | Ihr Kind häufig erkältet?

Ja Nein

Ist die Nasen- | Mundatmung erschwert?

Ja Nein

Besteht oder bestand Daumen- | Fingerlutschen?

Ja Nein

Wenn Ja, bis wann? _____

Bestehen oder bestanden Probleme in der Sprachentwicklung (Lispeln, Stottern, etc.)?

Ja Nein

Findet oder fand eine logopädische Beratung | Behandlung statt?

Ja Nein

Wenn Ja, wann? _____

Gibt oder gab es Probleme im Kiefergelenksbereich (Knacken, Reiben, Schmerzen, etc.)?

Ja Nein

Besteht oder bestand Zähneknirschen oder Zähnepressen?

Ja Nein

Bestehen häufig Kopfschmerzen, Schmerzen im Gesichtsbereich oder beim Kauen?

Ja Nein

Wenn Ja, welche? _____

Schnarchen Sie | Ihr Kind?

Ja Nein

- Schlafen Sie | Ihr Kind mit offenem Mund? Ja Nein
- Besteht oder bestand Bleistiftkauen, Nägelkauen, Lippenbeißen, Zungenpressen? Ja Nein
- Wenn Ja, bis wann? _____
- Wurden Sie | Ihr Kind schon einmal kieferorthopädisch beraten? Ja Nein
- Wenn Ja, von wem? _____
- Wurden Unterlagen erstellt? Ja Nein
- Wenn Ja, welche? _____
- Befinden oder befanden Sie | Ihr Kind sich bereits in einer kieferorthopädischen Behandlung oder wurde eine solche bereits geplant? Ja Nein
- Wenn Ja, von wem? _____
- Wurde die Behandlung regulär zu Ende geführt? Ja Nein
- Spielen Sie | Ihr Kind ein Blasinstrument? Ja Nein
- Wurden andere Familienmitglieder kieferorthopädisch behandelt? Ja Nein
- Fand eine Behandlung | Beratung durch einen HNO-Arzt statt? Ja Nein
- Wenn Ja, was wurde gemacht? Mandeln entfernt Polypen entfernt Sonstiges _____

ALLGEMEINE GESUNDHEITSFragen

- Bestehen allgemeinmedizinische Erkrankungen (z.B. Herz-, Kreislauferkrankungen, Gerinnungsstörungen, Diabetes, etc.) oder Infektionskrankheiten (z.B. Hepatitis, Tuberkulose, Krankenhauskeime wie MRSA, Creutzfeldt-Jakob-Varianten, HIV | AIDS, etc.)? Ja Nein
- Wenn Ja, welche? _____
- Nehmen Sie | Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein? Ja Nein
- Wenn Ja, welche und wofür? _____
- Bestehen Allergien, Unverträglichkeiten oder der Verdacht einer Überempfindlichkeit gegen Materialien oder Medikamente? Ja Nein
- Wenn Ja, welche? _____
- Besitzen Sie | Ihr Kind einen Allergiepass? Ja Nein
- Wird oder wurde eine physiotherapeutische oder osteopathische Behandlung durchgeführt? Ja Nein
- Bestehen sonstige Krankheiten und physische oder psychische Einschränkungen? Ja Nein
- Wenn Ja, welche? _____

WAS ERWARTEN SIE VON EINER KIEFERORTHOPÄDISCHEN BEHANDLUNG?

- Gerade Zähne Besseres Kauvermögen Bessere Aussprache
- Beseitigung von Schmerzen Verbesserte Gesichtsästhetik Vorbeugung (in Bezug auf Zähne und Kiefergelenk)
- Was stört Sie an Ihrer Zahn- und Kieferstellung | der Ihres Kindes am meisten? _____

WIE SIND SIE AUF UNSERE PRAXIS AUFMERKSAM GEWORDEN?

- Familie, Freunde, Bekannte Zahnarzt _____ Branchenbuch | Gelbe Seiten
- Werbung (Zeitung, Zeitschrift, etc.) Google Arzt- | Gesundheitsportale (z.B. Jameda)
- Praxiswebsite Außenwerbung (Plakate, etc.) Sonstige _____

ERINNERUNGSSERVICE

- Ich wünsche an Termine erinnert zu werden, per E-Mail SMS kein Interesse

RÖNTGENEINVERSTÄNDISERKLÄRUNG

- Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass im Rahmen der kieferorthopädischen Behandlung notwendige Röntgenunterlagen bei mir | meinem Kind angefertigt werden.
- Hiermit entbinde ich Herrn Dr. Lothar Linus Huber von seiner Schweigepflicht bzgl. der erstellten Röntgenbilder und bin damit einverstanden, dass diese Röntgenaufnahmen zu diagnostischen bzw. therapeutischen Zwecken an weiterbehandelnde Zahnärzte per E-Mail übermittelt werden.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner umseitigen und obigen Angaben | der Angaben meines Kindes und stimme der Speicherung meiner persönlichen Daten | der Daten meines Kindes ausdrücklich zu. Ich verpflichte mich, Änderungen meiner Angaben | der Angaben meines Kindes rechtzeitig mitzuteilen.

Hinweis zur Organisation:

Um lange Wartezeiten zu vermeiden, führen wir eine Bestellpraxis. Der jeweils vereinbarte Termin ist nur für Sie | Ihr Kind reserviert, denn Qualitätsarbeit braucht Zeit. 😊 Wir bitten Sie daher, Termine mindestens 24 Stunden vorher abzusagen.

*Bei einer Einwilligung von Eltern für ihr Kind gilt: Grundsätzlich ist die Einwilligung von beiden Elternteilen einzuholen. Unterschreibt ein Elternteil alleine, erklärt dieser durch seine Unterschrift zugleich, dass ihm das Sorgerecht alleine zusteht oder dass er von einem anderen Elternteil bevollmächtigt wurde, für diesen die Erklärung abzugeben.

Ort | Datum

Unterschrift

Wir danken Ihnen herzlich für die Beantwortung der Fragen!

Ihr Team der Fachzahnarztpraxis DR. HUBER KIEFERORTHOPÄDIE