



Anmelde-Bogen (KFO)

Persönliche Daten

Patient:

Nachname: _____ Vorname: _____ Geb.-Dat.: (tt.mm.jjjj)

Straße: _____ PLZ: _____ Ort: _____

Tel. privat: _____ Handy-Nr.: _____ E-Mail-Adresse: _____

> Krankenkasse / Versicherung:

bei Kassenpatienten: Besteht eine private Zusatzversicherung für Kieferorthopädie? Ja Nein

bei Privatpatienten: Zuschuss Versicherung %: _____ Beihilfe: Ja Nein

Versicherter:

Nachname: _____ Vorname: _____ Geb.-Dat.: (tt.mm.jjjj)

Straße: (falls nicht wie oben) _____ PLZ: _____ Ort: _____

Handy-Nr.: _____ E-Mail-Adresse: _____

Beruf: _____ Arbeitgeber: _____ Tel. dienstl.: _____

Gesetzlicher Vertreter (falls andere/r als Versicherte/r):

Nachname: _____ Vorname: _____ Geb.-Dat.: (tt.mm.jjjj)

Rechnungsadresse, falls nicht wie oben:

Straße: _____ PLZ: _____ Ort: _____

Handy-Nr.: _____ E-Mail-Adresse: _____

Wer ist Ihr Zahnarzt?

Zur KFO-Behandlung überwiesen durch:

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

Internet Freunde/Bekannte Familie Empfehlung v. Zahnarzt Praxisschild

Zahnärztliche Anamnese

War der Patient schon einmal bei einem anderen Kieferorthopäden? Ja Nein

Wenn ja, wann? wo?

Bietet Ihr Zahnarzt Individualprophylaxe und professionelle Zahnreinigung an? Ja Nein

Wurden oder werden Geschwister kieferorthopädisch behandelt? Ja Nein

Medizinische Anamnese

Ist der Patient zurzeit in ärztlicher Behandlung? Ja Nein

Wenn ja, weshalb?

wo?

Werden regelmäßig Medikamente eingenommen? Ja Nein

Wenn ja, welche?

Bestehen irgendwelche Krankheiten beim Patienten? Ja Nein

Diabetes Tuberkulose Asthma Herzprobleme

HIV Hepatitis (Gelbsucht) Epilepsie Blutungsneigung

Sonstige:

Hat der Patient Allergien? Ja Nein

Wenn ja, welche?

Gewohnheiten

Schnuller Nägelkauen Daumenlutschen Mundatmung

Besteht oder bestand ein Sprachfehler? Ja Nein

Wird oder wurde der Sprachfehler logopädisch behandelt? Ja Nein

Gemäß Röntgenverordnung bitte folgende Fragen beantworten

Wurde der Patient innerhalb der letzten 12 Monate geröntgt? Ja Nein

Wenn ja, welcher Körperteil?

Wenn ja, bei welchem Arzt, Zahnarzt, Krankenhaus?

Besteht zurzeit eine Schwangerschaft? Ja Nein

Ich bin damit einverstanden, dass bei meinem Kind, falls erforderlich, Röntgenbilder auch ohne meine Anwesenheit angefertigt werden können. Ja Nein

Ich bin damit einverstanden, dass die Abrechnung über ein Freies Rechenzentrum vorgenommen wird und meine Daten ausschließlich zur Abrechnung an das Rechenzentrum weitergegeben werden.

Ich bin mit einem Terminerinnerungsservice per E-Mail einverstanden. Ja Nein

E-Mail-Adresse für Erinnerung:

Die Datenschutz-Informationen habe ich gelesen und stimme diesen zu. Ja Nein

Spätere Änderungen meiner Angaben auf diesem Anamnesebogen werde ich umgehend der Praxis mitteilen.

Für die Richtigkeit der Angaben: **Zum Unterschreiben dieses Bogens gehen Sie bitte an die Rezeption.**

Datum, Ort

Unterschrift Patient bzw. Erziehungsberechtigter

Gegenzeichnung der Helferin