

## Anmeldebogen

Frauenstr. 11 | 48282 Emsdetten | Telefon 02572 / 8 89 66  
Fax 02572 / 8 87 73 | E-Mail: kfo-praxis@froehls.de

### Sehr geehrter Patient, Sehr geehrte Patientin, sehr geehrte Eltern,

vielen Dank für Ihr Vertrauen, das Sie unserer Praxis entgegenbringen.

Sie haben sich unseren Anmeldebogen aus dem Internet herunter geladen. Sie können ihn nun in Ruhe zu Hause ausfüllen. Bitte rufen Sie uns unter der Nummer **+49(0) 2572 - 8 89 66** an und stimmen Sie einen Erstberatungstermin mit uns ab, zu dem Sie dann den ausgefüllten Bogen mitbringen (Sollten Fragen beim Ausfüllen auftreten, können diese beim Erstberatungstermin besprochen und geklärt werden.).

Falls in den letzten 12 Monaten **Röntgenaufnahmen** bei Ihrem Zahnarzt angefertigt wurden, können Sie uns diese ebenfalls zusenden oder beim Erstberatungsgespräch mitbringen, damit wir keine unnötige, zusätzliche Strahlenbelastung verursachen. Ihr Hauszahnarzt kann uns die Röntgenaufnahmen auch gerne per E-Mail an folgende Adresse zuschicken: kfo-praxis@froehls.de.

Bitte bringen Sie Ihre **Krankenkassenkarte** mit.

Kieferorthopädische Behandlungen werden von den gesetzlichen Krankenkassen bei Versicherten, die das 18. Lebensjahr vollendet haben nur noch bei sehr ausgeprägten Anomalien übernommen, die ein kombiniert kieferorthopädisch-kieferchirurgisches Vorgehen erfordern. Sollte dies nicht der Fall sein, dann ist eine kieferorthopädische Therapie nur als reine Privatbehandlung möglich (Gleiches gilt auch für Beihilfeberechtigte ohne private Zusatzversicherung für Kieferorthopädie). Ob private Krankenversicherungen die Kosten für eine mögliche Behandlung übernehmen, hängt von Ihrem jeweils gewählten Versicherungsumfang ab.

Sollte eine sofortige Behandlung möglich und sinnvoll sein, werden wir beim Erstgespräch die notwendigen diagnostischen Unterlagen erstellen. Diese Unterlagen bestehen in der Regel aus: Abformungen der Kiefer zur Herstellung von Gipsmodellen, Röntgenaufnahmen, Fotos des Kopfes und evtl. der Zähne.

Mit diesen diagnostischen Unterlagen können wir eine exakte Analyse der Gebissverhältnisse durchführen und einen entsprechenden Therapieplan erstellen, wobei die ungefähre Behandlungszeit, die Art der Behandlungsgeräte und die etwaigen Kosten ermittelt werden.

Wir freuen uns auf Ihr Kommen und bedanken uns nochmals für Ihr Vertrauen.

**Ihr KFO-Team aus Emsdetten**

# Patientenbogen Erwachsene

Herzlich willkommen in der Fachpraxis für Kieferorthopädie in Emsdetten! Wir möchten uns mit Ihnen in Ruhe über Ihre kieferorthopädischen Wünsche unterhalten und Sie umfassend beraten. Dazu benötigen wir neben Ihren Personalien, Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Ihre Angaben werden streng vertraulich behandelt. Sie unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht gemäß §203 des StGB sowie den strengen Bestimmungen des Datenschutzes.

<b>Patient</b>	Name: _____	Vorname: _____
----------------	-------------	----------------

Geb. Datum: \_\_\_\_\_ Straße, Nr.: \_\_\_\_\_

Tel. Nr.: \_\_\_\_\_ PLZ / Ort: \_\_\_\_\_

Mobil: \_\_\_\_\_ Krankenkasse: \_\_\_\_\_

<b>Versicherter</b>	Name: _____	Vorname: _____
---------------------	-------------	----------------

Geb. Datum: \_\_\_\_\_ Arbeitgeber: \_\_\_\_\_

Mobil: \_\_\_\_\_ Beruf: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

<b>Versicherungsart</b>	Krankenkasse: _____
-------------------------	---------------------

Gesetzlich versichert     Freiwillig versichert     Privat Voll-versichert

Basistarif einer privaten Versicherung     Zusatzversicherung für Kieferorthopädie     Beihilfe

<b>Name des Zahnarztes:</b> _____	<b>Hausarztes:</b> _____
-----------------------------------	--------------------------

## Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

Empfehlung:  Bekannte/Verwandte \_\_\_\_\_ Internet:  Google \_\_\_\_\_

Zahnarzt/Arzt \_\_\_\_\_  Arzt- oder Gesundheitsportale, welche? \_\_\_\_\_

Werbung (Anzeige, Tagespresse/Fachzeitschrift etc.)

zus. informiert auf [www.kfo-emsdetten.de](http://www.kfo-emsdetten.de)  Sonstiges \_\_\_\_\_

Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten per EDV gespeichert werden und ggf. an eine Abrechnungsgesellschaft weitergeleitet werden. Im Falle einer Praxis-Übergabe oder im Falle der Beschäftigung eines Vertreters bin ich damit einverstanden, dass meine persönlichen Daten, soweit sie für die Abrechnung der von mir in Anspruch genommenen Leistungen von Bedeutung sind, von dem mich behandelnden Arzt/Krankenhaus im Falle des Zahlungsverzugs zum Zweck des Forderungseinzugs an einen Dritten (Inkassounternehmen) weitergegeben werden.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Patienten

## Allgemeine Gesundheitsangaben

- Bestehen allgemeinmedizinische Erkrankungen ( z.B. Syndrome, Herz, Leber, Niere, Blutgerinnungsstörungen, Asthma, Epilepsie, Zuckerkrankheit, Rheuma, Orthopädische Erkrankungen) oder Infektionskrankheiten (Hepatitis, Aids)?  ja  nein  
Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_
- Sind Sie zurzeit in ärztlicher Behandlung?  ja  nein  
Bei wem, warum? \_\_\_\_\_
- Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?  ja  nein  
Welche, wozu? \_\_\_\_\_
- Bestehen Allergien oder Unverträglichkeiten?  ja  nein  
Welche? \_\_\_\_\_
- Waren oder sind Sie in psychotherapeutischer Behandlung?  ja  nein

## Fragen aus kieferorthopädischen Gründen

- Wurden Sie schon einmal kieferorthopädisch behandelt?  ja  nein  
Wann, bei welchem Arzt? \_\_\_\_\_
- Liegen ähnliche Fehlstellungen in der Familie vor?  ja  nein  
Welche und bei wem? \_\_\_\_\_
- Hat Ihr Zahnarzt Sie zum Kieferorthopäden überwiesen?  ja  nein  
Welcher Arzt, warum? \_\_\_\_\_
- Sind Sie momentan in zahnärztlicher Behandlung?  ja  nein  
Bei wem, warum? \_\_\_\_\_
- Was stört Sie am meisten an Ihrer Zahn- und Kieferstellung?  
\_\_\_\_\_
- Gab es Unfälle mit Beteiligung der Zähne und/oder des Kiefers?  ja  nein  
Wann, welche? \_\_\_\_\_
- Bestehen Kiefergelenksbeschwerden oder -knacken?  ja  nein
- Bestehen häufig Kopfschmerzen, Schmerzen im Gesichtsbereich oder beim Kauen?  ja  nein  
Welche? \_\_\_\_\_
- Besteht oder bestand Zähneknirschen oder Zähnepressen?  ja  nein  
Bis wann? \_\_\_\_\_
- Besteht Mundatmung, häufige Erkältung oder Schnarchen?  ja  nein  
Was? \_\_\_\_\_
- Waren Sie bereits in Behandlung eines Hals-Nasen-Ohrenarztes oder Schlafmediziner?  ja  nein  
Wo, wann, was wurde gemacht? \_\_\_\_\_

## Fragen zur Röntgenuntersuchung

- Wurden Sie innerhalb der letzten 12 Monate im Kopf-/Kieferbereich geröntgt?  ja  nein
- Bei Frauen: Besteht derzeit eine Schwangerschaft?  ja  nein  
Wenn ja, welcher Monat? \_\_\_\_\_

## Röntgeneinverständniserklärung

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass im Rahmen der kieferorthopädischen Behandlung notwendige Röntgenunterlagen angefertigt werden.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Patienten