

Anmeldebogen

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 Kinder & Jugendliche

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.

Patient

Name: _____

Vorname: _____

Geb. Datum: _____

Straße, Nr.: _____

Tel. Nr.: _____

PLZ / Ort: _____

Mobil: _____

Krankenkasse: _____

Versicherter

Name: _____

Vorname: _____

Geb. Datum: _____

Arbeitgeber: _____

Mobil: _____

Beruf: _____

E-Mail: _____

Erziehungsberechtigter – Ist der Versicherte nicht der Erziehungsberechtigte, ergänzen Sie bitte folgende Angaben:

Name: _____

Vorname: _____

Geb. Datum: _____

Straße, Nr.: _____

Mobil: _____

PLZ / Ort: _____

E-Mail: _____

Wer ist Rechnungsempfänger Hauptversicherter Erziehungsberechtigter

Versicherungsart

Krankenkasse: _____

 Gesetzlich versichert Freiwillig versichert Privat Voll-versichert Basistarif einer privaten Versicherung Zusatzversicherung für Kieferorthopädie Beihilfe

Name des Zahnarztes: _____

Hausarztes: _____

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 Sonstiges _____

Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten bzw. die Daten des Patienten 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 Erziehungsberechtigten

Allgemeine Gesundheitsangaben

- Bestehen allgemeinmedizinische Erkrankungen (z.B. Syndrome, Herz, Leber, Niere, Blutgerinnungsstörungen, Asthma, Epilepsie, Zuckerkrankheit, Rheuma, Orthopädische Erkrankungen) oder Infektionskrankheiten (Hepatitis, Aids)? Wenn ja, welche? _____ ja nein
- Ist Ihr Kind zurzeit in ärztlicher Behandlung? Bei wem, warum? _____ ja nein
- Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein? Welche, wozu? _____ ja nein
- Bestehen Allergien oder Unverträglichkeiten? Welche? _____ ja nein
- War oder ist Ihr Kind in psychotherapeutischer Behandlung? ja nein

Fragen aus kieferorthopädischen Gründen

- Wurde schon einmal kieferorthopädisch behandelt? ja nein
Wann, bei welchem Arzt? _____
- Wurde die Behandlung abgebrochen? ja nein
- Waren oder sind Geschwister in kieferorthopädischer Behandlung? ja nein
Wer, bei welchem Arzt? _____
- Liegen ähnliche Fehlstellungen in der Familie vor? ja nein
Welche und bei wem? _____
- Wann kamen die ersten Milchzähne? Vor dem 6.–7. Monat nach dem 8. Monat
- Gab es Unfälle mit Beteiligung der Zähne oder des Kiefers? ja nein
Wenn ja, welche, wann? _____
- Bestand od. besteht Daumenlutschen, Nägelkauen od. wurde/wird noch ein Schnuller genommen? ja nein
Wenn ja, bis wann? _____
- Bestand oder besteht Zungenpressen, Lippenbeißen, Nägelkauen, Bleistiftkauen? ja nein
Bis wann? _____
- Bestehen oder bestand Zähneknirschen oder Zähnepressen? Bis wann? _____ ja nein
- Bestehen Kiefergelenksbeschwerden oder –knacken? ja nein
- Besteht häufig Kopfschmerzen, Schmerzen im Gesichtsbereich oder beim Kauen? ja nein
Welche? _____
- Besteht Mundatmung, häufige Erkältung oder Schnarchen? Was? _____ ja nein
- War Ihr Kind bereits in Behandlung bei einem Hals-Nasen-Ohrenarzt? ja nein
Wenn ja, was? Mandeln entfernt Polypen entfernt
 Sonstiges _____
- Besteht ein Sprachfehler (z.B. Lispeln) oder wurde bereits eine logopädische Behandlung durchgeführt? Wenn ja, wann? _____ ja nein

Fragen zur Röntgenuntersuchung

- Wurde Ihr Kind innerhalb der letzten 12 Monate im Kopf-/Kieferbereich geröntgt? ja nein
- Bei Mädchen: Besteht derzeit eine Schwangerschaft? Wenn ja, welcher Monat? _____ ja nein

Röntgeneinverständniserklärung

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

Datum

Unterschrift des Erziehungsberechtigten