

# Anmeldebogen

## Patient/in

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Geburtsort:

Strasse:

PLZ, Wohnort:

Beruf:

**Telefon Patient:**

## Versicherter

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Strasse:

PLZ, Wohnort:

Beruf:

**Telefon Privat:**

**Telefon Arbeit:**

**Telefon Handy:**

**Krankenkasse:**

Freiwillig versichert:  Ja  Nein

Beihilfeberechtigt:  Ja  Nein

Bei der Bundesbeihilfestelle:

Bei der Beihilfestelle des Landes:

## Wer hat Sie uns empfohlen?

Hauszahnarzt  Patient/Bekannte  Telefonbuch  Internet

## Leidet der Patient an: (Bitte ankreuzen)

Die Angaben werden für die Behandlung benötigt und unterliegen selbstverständlich der Schweigepflicht.

- Herz- und Kreislaufbeschwerden
- Ohnmachtsneigung
- Gelbsucht
- Blutkrankheit
- Rheuma
- AIDS
- Beschwerden an der Wirbelsäule
- Sprachfehler
- Kiefergelenkbeschwerden
- Diabetes

- Blutungsneigung
- Schilddrüsenerkrankung
- Kopfschmerz
- Ohrgeräusche
- Magen-Darm Beschwerden
- MRSA

**Allergien:**

**Sonstige Erkrankungen:**

Werden regelmäßig Medikamente eingenommen?  Ja  Nein Wenn ja, welche(s)?

Name und Ort des Zahnarztes bei dem sich der Patient in Behandlung befindet:

Besteht eine kieferorthopädische Vorbehandlung?  Ja  Nein Wenn ja, bei wem?

Was ist der Grund ihres Besuches? Was ist ihr wichtigstes persönliches Anliegen?

- Überweisung durch Kollegen
- Zahnfehlstellung
- Kieferstellung
- Beschwerden im Kopf-Kieferbereich
- Gesichtsprofil

Sonstiges:

# Anmeldebogen (Seite 2)

Wurde im letzten Jahr Röntgenaufnahmen im Kopfbereich angefertigt?  Ja  Nein

Bestehen Beschwerden an der Wirbelsäule?  Ja  Nein

Wenn ja, wurden orthopädische/physiotherapeutische Therapien durchgeführt?  Ja  Nein

Wurde bereits eine Logopädische Behandlung durchgeführt?  Ja  Nein

Wurde schon eine Behandlung beim Hals-Nasen-Ohren-Arzt durchgeführt?  Ja  Nein

Haben Unfälle mit Kopf/Zahnbeteiligung stattgefunden?  Ja  Nein

Wurden Operationen durchgeführt?  Ja  Nein Wenn ja, welche?

Bestehen Angewohnheiten, die Einfluss auf die Zahnstellung nehmen können?

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Nein   | <input type="checkbox"/> Zähneknirschen |
| <input type="checkbox"/> Ja, Lutschen bis zum <input type="text"/> Lebensjahr | <input type="checkbox"/> Lippenbeißen   |
| <input type="checkbox"/> Ja, Lutschen bis jetzt                               |   |
| <input type="checkbox"/> Daumen   | Sonstige:                               |
| <input type="checkbox"/> Schnuller  | <input type="text"/>                    |
| <input type="checkbox"/> Nägelkauen   |   |

Ich/Wir sind an einer ganzheitlichen Beratung/Behandlung interessiert  Ja  Nein

Füllen Sie den Fragebogen, auch in Ihrem eigenen Interesse, bitte vollständig aus, er bildet die Grundlage für eine vertrauensvolle Zusammenarbeit und für eine sachgerechte medizinische Behandlung. Ihre Angaben werden streng vertraulich behandelt. Sie unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht gemäß §203 des Strafgesetzbuches sowie den strengen Bestimmungen des Datenschutzgesetzes. Moderne Kieferorthopädie bedarf wie alle medizinischen Bereiche der Teamarbeit. Daher werden Teilleistungen (=technische, weitgehend vereinfachte, risikoarme und manuelle Handhabungen) auch von uns aus- und fortgebildeten zahnmedizinischen Assistentinnen nach vorheriger individueller Anordnung durch die Kieferorthopädinnen und unter deren Aufsicht, Überwachung und Kontrolle erbracht. Die Datenverarbeitung erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben, um den Behandlungsvertrag und die damit verbundenen Pflichten zu erfüllen. Dazu werden insbesondere folgende personenbezogenen Daten verarbeitet.: Name, Adresse und Kontaktdaten, Geburtsdatum, Versicherungsstatus, Anamnesen, Befunde, Diagnosen und Therapien, die wir oder andere Ärzte und Zahnärzte erhoben haben, einschließlich Arztbriefe und Ergebnisse bildgebender Verfahren (z.B. Röntgenbilder). Diese personenbezogenen Daten werden von uns unter strikter Beachtung des Datenschutzes nur dann an Dritte weitergegeben, wenn dies aus medizinischen oder abrechnungstechnischen Gründen erforderlich ist. Die Behandelnde ist berechtigt, die zur Abrechnung seiner Tätigkeit erforderlichen Daten an Dritte weiterzugeben. Der/die Vertragspartner erteilt/en hierzu sein/ihr Einverständnis.

Hiermit versichere ich, dass die vorgenannten Angaben vollständig und richtig sind.

Mit der Erstellung der für die Behandlung notwendigen diagnostischen Unterlagen (Kiefermodelle, Fotos, Röntgenbilder) bin ich einverstanden. (Erst nach der Beratung über die medizinische Notwendigkeit mit der Kieferorthopädin)

Über die Kostenregelung gemäß den gesetzlichen Bestimmungen, nach Einstufungen in das Kieferorthopädische Indikations System (KIG-System) einer kieferorthopädischen Behandlung für gesetzlich versicherte Patienten (bis zum 18. Lebensjahr), im Umfang der Kassenleistung wurde ich informiert.  
Änderung von Kassendaten, Anschrift oder Telefonnummer teile ich umgehend mit.

Ich bin darüber informiert worden, dass die Behandlungskosten privat in Rechnung gestellt werden, sofern nicht innerhalb von 10 Tagen eine gültige Krankenversichertenkarte einer gesetzlichen Krankenkasse vorliegt.

<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Datum:

Unterschrift (Erziehungsberechtigten)

**Wir bemühen uns, Beratungen und Besprechungen in einer vertrauensvollen Atmosphäre zu gestalten.**

Da es im Ablauf einer kieferorthopädischen Praxis aber möglich ist, dass sich weitere Patienten im Zimmer befinden, bitten wir Sie, wenn Sie eine Beratung oder Behandlung wünschen, ohne dass ein weiterer Patient im Zimmer ist, dies meinen Mitarbeiterinnen mitzuteilen, damit sie das Nötige veranlassen kann. Sollten Sie diesen Termin nicht wahrnehmen können, bitten wir um eine Absage bis 24h vor dem Termin. Wir behalten uns vor, bei nicht Einhaltung der Termine ohne Absage, eine Berechnung vorzunehmen. Es gilt unsere Datenschutzerklärung unter: <https://www.kieferkunstwerk.de>