



Herzlich willkommen in der Kieferorthopädie am Albertplatz. Wir möchten uns mit Ihnen in Ruhe über Ihre Wünsche unterhalten und Sie umfassend beraten. Dazu benötigen wir für den Beratungstermin neben Ihren Personalien auch medizinische Auskünfte. Wir nehmen Ihre Angaben selbstverständlich diskret entgegen.

Patient

Name: _____ Vorname: _____
Geburtsdatum: _____ PLZ/Ort : _____
Straße, Nr.: _____ Krankenkasse: _____

Versicherter

Rechnungsempfänger Ja Nein

Name: _____
Vorname: _____
Geburtsdatum: _____
Straße, Nr.: _____
PLZ/Ort : _____
Tel. privat: _____
Mobil: _____
E-Mail: _____

weiterer Erziehungsberechtigter

Rechnungsempfänger Ja Nein

Name: _____
Vorname: _____
Geburtsdatum: _____
Straße, Nr.: _____
PLZ/Ort : _____
Tel. privat: _____
Mobil: _____
E-Mail: _____

Versicherungsart

- gesetzlich versichert gesetzl. mit Kostenerstattung privat voll-versichert
 gesetzl. vers. mit Zusatzversicherung Beihilfe Basistarif einer privaten Versicherung
Welche? _____

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

- Empfehlung von: Bekannte / Verwandte / Freunde: _____
 Patienteninformationen (Anzeige, Tagespresse/Fachzeitschrift etc.) zus. informiert auf www.kieferorthopädie-beltz.de
Internet: Google Arzt- oder Gesundheitsportale, welche? _____
 Sonstiges: _____

Vielen Dank für Ihre Mithilfe. Wir werden uns bemühen Ihren Aufenthalt bei uns so angenehm wie möglich zu gestalten. Diese Angaben sind für eine vertrauensvolle Zusammenarbeit wie auch eine sachgerechte medizinische Behandlung erforderlich. Ihre Angaben werden streng vertraulich behandelt. Sie unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht gemäß § 203 des Strafgesetzbuches sowie den strengen Bestimmungen des Datenschutzgesetzes. Nur im Rahmen der Zusammenarbeit mit anderen Ärzten und zahntechnischen Laboren werden abrechnungsspezifische Daten an diese weitergegeben.

Für gesetzlich versicherte Patienten

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

Bei Fragen zu unserer Praxis, Terminvergabe, Parkmöglichkeiten oder Anderem zögern Sie bitte nicht uns anzusprechen. **Sollten Sie das Bedürfnis haben, sich noch einmal die Zähne zu reinigen, stellt Ihnen unsere Mitarbeiterin am Empfang gerne eine kostenlose Zahnbürste mit Zahnpasta zur Verfügung.**

Bitte wenden!



Patientenbogen Kinder & Jugendliche

Ärztliche Behandlung

- Steht Ihr Kind zurzeit in ärztlicher Behandlung? Ja Nein
Wenn ja, wegen welcher Erkrankung? _____
- Wer ist Ihr Hausarzt? (Name) _____
- Wer ist Ihr Zahnarzt? (Name) _____
- Bestehen allgemeinmedizinische Erkrankungen (z.B. Herz-, Kreislauferkrankungen, Gerinnungsstörungen, Diabetes oder andere Erkrankungen) oder Infektionskrankheiten (Hepatitis)? Ja Nein
Wenn ja, welche? _____
- Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein? Ja Nein
Wenn ja, welche? _____
- Bestehen Allergien oder Unverträglichkeiten oder der Verdacht einer Überempfindlichkeit gegen Materialien oder Medikamente? Ja Nein
Wenn ja, welche? _____
- Besitzen Ihr Kind einen Allergiepass? Ja Nein
- Wurde oder wird eine physiotherapeutische oder osteopathische Behandlung durchgeführt? Ja Nein

Fragen zur Röntgenuntersuchung

- Wurde Ihr Kind im letzten Jahr im Kopf-, Kiefer- oder Zahnbereich geröntgt? Ja Nein
Wenn ja, wann genau und bei wem? _____
- Bei Mädchen: Besteht derzeit eine Schwangerschaft? Ja Nein

Fragen aus kieferorthopädischen Gründen

- Wurde schon einmal kieferorthopädisch behandelt? Ja Nein
Wenn ja, bei welchem Arzt? _____
- Wurde die Behandlung planmäßig abgeschlossen? Ja Nein
- Bestehen Kiefergelenksbeschwerden oder -knacken? Ja Nein
- Bestehen häufig Kopfschmerzen, Schmerzen im Gesichtsbereich oder beim Kauen? Ja Nein
- Besteht oder bestand Zähneknirschen oder Zähnepressen? Ja Nein
- Gab es Unfälle mit Beteiligung der Zähne oder des Kiefers? Ja Nein
- Waren oder sind Geschwister in kieferorthopädische Behandlung? Ja Nein
Wenn ja, bei welchem Arzt? _____
- Besteht ein Sprachfehler (z.B. Lispeln) oder wurde bereits eine logopädische Behandlung durchgeführt? Ja Nein
Bis wann? _____
- Bestand oder besteht eine Lutschgewohnheit (Daumen, Schnuller), Lippenbeißen oder Nägelkauen? Ja Nein
Wenn ja, wann? _____

Ich bin damit einverstanden, ...

- dass meine Daten anonymisiert für Fallbeispiele in Vorträgen durch Dr. Beltz verwendet werden dürfen. Ja Nein
- dass mein behandelnder Zahnarzt über die geplanten kieferorthopädischen Maßnahmen und den Verlauf der Behandlung informiert wird. Ja Nein

Ich bestätige hiermit diesen Anmeldebogen sorgfältig gelesen zu haben und die Fragen nach meinem besten Wissen und wahrheitsgemäß beantwortet zu haben. Über Änderungen werde/n ich/wir die Praxis immer sofort und unaufgefordert informieren.

Datum

Unterschrift Erziehungsberechtigter

Unterschrift weiterer Erziehungsberechtigter

Name in Druckbuchstaben

Name in Druckbuchstaben

