



ANAMNESEBOGEN

HERZLICH WILLKOMMEN IN UNSERER PRAXIS!

Wir freuen uns, dass Sie unsere Praxis als Ihre Kieferorthopädie ausgewählt haben und bedanken uns für Ihr Vertrauen. Unsere Praxis ist zentral gelegen und kann gut mit öffentlichen Verkehrsmitteln erreicht werden. Sollten Sie mit dem eigenen Fahrzeug in unsere Praxis kommen, so stehen Ihnen hinter dem Gebäude eigene Patientenparkplätze zu Verfügung.

1. Patient

Name, Vorname _____
Straße, Nr. _____
PLZ/Ort _____
Geb. Datum _____

2. Rechnungsempfänger

Name, Vorname _____
Straße, Nr. _____
PLZ/Ort _____
Geb. Datum _____ Tel. privat _____
Mobil _____ Email _____

3. Versicherungsart

- gesetzlich versichert privat versichert Beihilfe Zusatzversicherung Kieferorthopädie
 Postbeamtenkrankenkasse

4. Sorgeberechtigte/r

- Mutter & Vater Mutter Vater
 Sonstige Einrichtung, welche? _____

5. Empfehlung / Zahnarzt

Auf wessen Empfehlung kommen Sie in unsere Praxis? _____

Wer ist der/die behandelnde Zahnarzt/Zahnärztin? _____

6. Anamnese (Kind bzw. Patient)

Bitte beantworten Sie die untenstehenden Fragen nach Ihrem aktuellen Kenntnisstand und informieren Sie uns während einer Behandlung über auftretende Änderungen.

	Ja	Nein
Befindet sich Ihr Kind / Befinden Sie sich in ärztlicher Behandlung? Falls ja: Wo? _____ Weshalb? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nimmt Ihr Kind / Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Falls ja: Welche? _____ Weshalb? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leidet Ihr Kind / Leiden Sie unter Allergien / Unverträglichkeiten? Falls ja: Welche? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leidet Ihr Kind / Leiden Sie unter einer chronischen Atemwegserkrankung (Asthma)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leidet Ihr Kind / Leiden Sie an Erkrankungen des Herz- / Kreislaufsystems? Falls ja: Welche? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leidet Ihr Kind / Leiden Sie unter einer Stoffwechselerkrankung (z.B. Diabetes)? Falls ja: Welche? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leidet Ihr Kind / Leiden Sie an Infektionskrankheiten (HIV / Aids, Hepatitis, Tuberkulose)? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leidet Ihr Kind / Leiden Sie unter einer Erkrankung des Blutes (z.B. Hämophilie)? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige Erkrankungen? Falls ja: Welche? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. Informationen zur Versichertenkarte

Wir weisen volljährige Patienten und Patientinnen darauf hin, dass die gesetzlichen Krankenkassen nur in chirurgischen Ausnahmefällen, die Kosten für eine kieferorthopädische Behandlung übernehmen. Bitte legen Sie uns immer die Krankenversicherungskarte vor. Andernfalls sind wir berechtigt, Ihnen eine Privatrechnung zu schreiben.

Datum _____ Unterschrift _____
(Sorgeberechtigte /-r)

8. Informationen zu Terminversäumnissen

Ich verpflichte mich, vereinbarte Termine einzuhalten oder mindestens einen Tag im Voraus abzusagen, andernfalls können daraus entstehende Kosten für die im Termin vereinbarte Behandlung in Rechnung gestellt werden.

Datum _____ Unterschrift _____
(Sorgeberechtigte /-r)

9. Datenschutz

Unsere Datenschutzerklärung finden Sie als Aushang im Wartezimmer, falls Sie diese als Ausdruck mitnehmen möchten, wenden Sie sich bitte an die Rezeption.

Bitte haben Sie Verständnis, dass Mobiltelefone in den Behandlungszimmern nicht verwendet werden dürfen: Wir nehmen den Schutz Ihrer personenbezogenen Daten sehr ernst. Grundlage unseres Handelns sind die Bestimmungen des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG), der EU-Datenschutzverordnung (EU-DSGVO) und die Vorgaben zur ärztlichen Schweigepflicht.

Datum _____ Unterschrift _____
(Sorgeberechtigte /-r)

10. Weitergabe von Daten und Unterlagen an den Hauszahnarzt

Mit der Anfertigung von Röntgenbildern und Fotos zu diagnostischen Zwecken bin ich einverstanden. Ich bin mit der Auskunft über den geplanten Behandlungsablauf (wie Arztbrief) sowie bei Bedarf meiner Röntgenbilder an weitere Leistungserbringer (wie Zahnärzte, Mit- u. Weiterbehandler, Krankenhäuser) einverstanden.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich die abgedruckten Informationen gelesen und verstanden habe.

Datum _____ Unterschrift _____
(Sorgeberechtigte /-r)