

ANMELDE- UND ANAMNESEBOGEN

Liebe Patientin, lieber Patient, liebe Eltern,
herzlich willkommen in unserer Praxis.

Wir, das Team von KFO HOCH ZWEI, möchten Ihnen Ihren Aufenthalt | den Aufenthalt Ihres Kindes in unserer Praxis so angenehm wie möglich gestalten. Dazu benötigen wir neben Ihren Personalien | den Personalien Ihres Kindes auch Auskünfte über Ihren | seinen Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine optimale und risikolose Behandlung. Bei Fragen helfen wir Ihnen gern weiter. Ihre Angaben unterliegen nach § 203 StGB der ärztlichen Schweigepflicht und werden selbstverständlich vertraulich behandelt.

PERSÖNLICHE ANGABEN DES PATIENTEN

Name | Vorname

Geburtsdatum

Straße | Hausnummer

Postleitzahl | Ort

Telefon (Privat)

Telefon (Mobil)*

*Freiwillige Angabe – wenn Sie die Kommunikation über dieses Medium wünschen

E-Mail*

*Freiwillige Angabe – wenn Sie die Kommunikation über dieses Medium wünschen

Hausarzt*

*Freiwillige Angabe - falls die Anforderung von Unterlagen für Ihre Behandlung sinnvoll ist, kommen wir bzgl. einer Einwilligung hierfür auf Sie zu

Hauszahnarzt*

*Freiwillige Angabe - falls die Anforderung von Unterlagen für Ihre Behandlung sinnvoll ist, kommen wir bzgl. einer Einwilligung hierfür auf Sie zu

PERSÖNLICHE ANGABEN DES VERSICHERTEN

Name | Vorname

Geburtsdatum

Straße | Hausnummer

Postleitzahl | Ort

KRANKENKASSE | VERSICHERUNG

Privat versichert Normaltarif Basistarif Beihilfeberechtigt

Gesetzlich versichert Pflicht Freiwillig Beihilfeberechtigt

Haben Sie eine Zusatzversicherung für kieferorthopädische Leistungen? Ja Nein

ALLGEMEINE ANGABEN

1. Warum kommen Sie in unsere Praxis? _____

2. Befinden oder befanden Sie | Ihr Kind sich schon in kieferorthopädischer Behandlung | Beratung? Ja Nein

Wenn ja, bei wem und wo: _____

3. Wurden in letzter Zeit Röntgenbilder erstellt? Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

4. Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?*

*Freiwillige Angabe – hierzu erheben wir praxisintern eine Statistik _____

FAMILIENANAMNESE*

*Freiwillige Angaben – diese Informationen können aufgrund des Verwandtschaftsverhältnisses für die Behandlung relevant sein

1. Hat ein Elternteil Gebissunregelmäßigkeiten? Wenn ja, welche? Ja Nein

Mutter _____

Vater _____

2. Haben oder hatten Geschwister Gebissunregelmäßigkeiten? Wenn ja, welche? Ja Nein

3. Sind Geschwister des Patienten in Behandlung? Ja Nein

BITTE WENDEN

ALLGEMEINANAMNESE

1. Leiden oder litten Sie | Ihr Kind an schwerwiegenden Erkrankungen (bspw. Atemwegserkrankungen, Herz- | Kreislaufkrankungen, etc.)? Ja Nein
Wenn ja, an welchen? _____
2. Nehmen Sie | Ihr Kind Medikamente ein? Ja Nein
Wenn ja, welche? _____
3. Haben Sie | Ihr Kind eine Allergie oder Heuschnupfen? Ja Nein
Wenn ja, wogegen? _____
4. Wurden bei einem Unfall Zähne oder Kiefer verletzt? Ja Nein
5. Haben Sie | Ihr Kind Probleme mit der Nasenatmung? Ja Nein
Wenn ja, was ist der Grund? _____
6. Wurden hals-, nasen-, ohrenärztliche Operationen durchgeführt? Ja Nein
Wenn ja, welche? _____
7. Haben Sie | Ihr Kind als Kleinkind gelutscht (Daumen oder Schnuller)? Ja Nein
Wenn ja, bis wann? _____
8. Liegt eine der folgenden Fehlgewohnheiten im Lippen- oder Zungenbereich vor?
 Lippenbeißen Lippensaugen Lippenlecken Nagelkauen Bleistiftkauen Sonstige: _____
9. Haben oder hatten Sie | Ihr Kind einen Sprachfehler? Ja Nein
Wenn ja, welcher Art? _____
Wurde eine logopädische Behandlung (Sprachtherapie) durchgeführt? Ja Nein
10. Knirschen Sie | Ihr Kind mit den Zähnen? Ja Nein
11. Besteht | bestehen Kiefergelenkknacken oder -beschwerden? Ja Nein
12. Sind Sie | Ihr Kind zur Zeit in allgemeinärztlicher, heilpraktischer, orthopädischer oder physiotherapeutischer Behandlung? Ja Nein
Wenn ja, welcher Art? _____
*Freiwillige Angabe – je nach Art der Behandlung kann diese Angabe relevant für Ihre kieferorthopädische Behandlung sein
13. Haben oder hatten Sie | Ihr Kind eine der folgenden Infektionskrankheiten?
 Hepatitis Tuberkulose MRSA (Krankenhauskeim) HIV | Aids

HINWEISE ZUM SCHUTZ IHRER PERSONENBEZOGENEN DATEN | *HINWEIS ZU FREIWILLIGEN ANGABEN

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich meine freiwilligen Angaben, deren Rechtsgrundlage für die Verarbeitung meine vorliegende Einwilligung ist, jederzeit schriftlich oder durch E-Mail an die Praxis (für meine Daten verantwortlich) widerrufen kann (Art. 7 Abs. 3 DSGVO).

Mir ist bekannt, dass mein jederzeit möglicher Widerruf der Einwilligung die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt (Art. 7 Abs. 3 Satz 2 DSGVO).

Ort | Datum

Unterschrift | Unterschrift Erziehungsberechtigte|r

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner umseitigen und obigen Angaben | der Angaben meines Kindes und stimme der Speicherung meiner persönlichen Daten | der Daten meines Kindes ausdrücklich zu. Ich verpflichte mich, Änderungen meiner Angaben | der Angaben meines Kindes rechtzeitig mitzuteilen.

Bei einer Einwilligung von Eltern für ihr Kind gilt: Grundsätzlich ist die Einwilligung von beiden Elternteilen einzuholen. Unterschreibt ein Elternteil alleine, erklärt dieser durch seine Unterschrift zugleich, dass ihm das Sorgerecht alleine zusteht oder dass er vom anderen Elternteil bevollmächtigt wurde, für diesen die Erklärung abzugeben.

Ort | Datum

Unterschrift | Unterschrift Erziehungsberechtigte|r

Wir danken Ihnen herzlich für Ihre Beantwortungszeit!
Ihr Team von KFO HOCH ZWEI