



FACHPRAXIS FÜR KIEFERORTHOPÄDIE

Anamnesebogen

Bevor wir uns in Ruhe über Ihre kieferorthopädischen Wünsche oder Sorgen unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine adäquate und risikofreie Behandlung. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Patient

Herr/Frau/Kind: _____ Geb. Dat. _____

Anschrift

Mitglied/ Versicherter

Name, Vorname _____ Geb. Dat. _____

Versicherung

Versicherung/ Krankenkasse _____ Beihilfe % _____

Rechnungs- empfänger

Name, Vorname _____ Anschrift _____

Beruf _____ Arbeitgeber _____

Sorge- Berechtigte/r

Name, Vorname _____ Anschrift _____

Kommunikation

privat _____ beruflich _____

Mobil _____ E-mail _____

Bestellpraxis

Wir sind immer bemüht, Ihnen lange Wartezeiten zu ersparen. Deshalb bitten wir Sie, vereinbarte Termine mindestens 24 Stunden vorher abzusagen, falls Sie verhindert sind. Wir sind berechtigt, nicht eingehaltene Termine auch Mitgliedern der gesetzlichen Krankenversicherung nach der privaten Gebührenordnung (GOZ) in Rechnung zu stellen.

Datum: _____ Unterschrift Patient/in bzw. Sorgeberechtigter/Vormund/gesetzl. Vertreter: _____

Zahnarzt:

wird dort eine Prophylaxe durchgeführt? Ja Nein

Name _____

Adresse _____

Medikamente

Welche Medikamente wurden Ihnen verschrieben ?

Allergien/ besondere Erkrankungen/ Syndrom

Bitte Zutreffendes ankreuzen:

	ja	nein
Waren Sie bereits in kieferorthopädischer Behandlung?		
vegetative Erkrankungen/ Ohnmachtsanfälle/ Herzerkrankungen?		
Erkrankungen des Nervensystems/ Leiden Sie an epileptischen Anfällen?		
Bluterkrankungen/ Liegt eine Blutungsneigung vor?		
Infektionskrankheiten/ Hepatitis/ TBC/ HIV?		
Röntgen/ wurden Sie in den letzten 6 Monaten im Kiefer-, Kopf-, Zahnbereich geröntgt?		
Besteht eine Schwangerschaft?		
Bemerken sie Geräusche im Kiefergelenk (z.B. beim Gähnen)		

Bei wem dürfen wir uns bedanken, dass sie/ er Ihnen unsere Praxis empfohlen hat? _____

Wurden Sie von Ihrem Zahnarzt in unsere Praxis überwiesen? _____

Für Kassenpatienten:

Bitte bringen Sie uns zu jeder Behandlung Ihre Versicherungskarte mit.

Es ist uns nicht gestattet, bei fehlendem Versicherungsnachweis im Quartal, mit Ihrer Krankenkasse abzurechnen. In diesem Fall sind die angefallenen Leistungen dem Versicherten privat, im Rahmen der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ), in Rechnung zu stellen.

Datum: _____

Unterschrift Patient/in bzw. Sorgeberechtigte/ Vormund/ gesetzl. Vertreter