



PATIENTENBOGEN

ERWACHSENE

Herzlich Willkommen bei KFO-VEST, der kieferorthopädischen Facharztpraxis Dr. Julia Fehlings. 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. Selbstverständlich unterliegen Ihre Angaben der ärztlichen Schweigepflicht und dem Datenschutz. Haben Sie Fragen oder gibt es Unklarheiten beim Ausfüllen, helfen wir Ihnen gerne weiter.

PATIENT

Name _____ Straße, Nr. _____
Vorname _____ PLZ, Ort _____
Geb.-Datum _____ männlich weiblich Krankenkasse _____

VERSICHERUNGSART

- gesetzlich versichert privat voll-versichert
 gesetzlich versichert mit Zusatzversicherung: Welche? _____
_____ Basistarif einer privaten Versicherung
 Beihilfe

WIE SIND SIE AUF UNS AUFMERKSAM GEWORDEN?

- Empfehlung vom Zahnarzt Welcher? _____
 Bekannte / Verwandte
 Werbung (Anzeige, Tagespresse/Fachzeitschrift etc.)
 Sonstiges _____
 Internet

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.**





PATIENTENBOGEN

ERWACHSENE

..... ÄRZTLICHE BEHANDLUNG

Stehen Sie zurzeit in ärztlicher Behandlung? Ja Nein

Wenn ja, wegen welcher Erkrankung? _____

Wer ist Ihr Hausarzt? _____

Wer ist Ihr Zahnarzt? _____

Ich bin damit einverstanden, dass mein behandelnder Zahnarzt über die geplanten kieferorthopädischen Maßnahmen und den Verlauf der Behandlung informiert wird. Ja Nein

Bestehen allgemeinmedizinische Erkrankungen (z.B. Herz-, Kreislaufkrankungen, Gerinnungsstörungen, Diabetes oder andere Erkrankungen) oder Infektionskrankheiten (Hepatitis)? Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

Nehmen Sie 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 Sie einen Allergiepass? Ja Nein

Wurde oder wird eine physiotherapeutische oder osteopathische Behandlung durchgeführt? Ja Nein

..... FRAGEN ZUR RÖNTGENUNTERSUCHUNG

Wurden Sie im letzten Jahr im Kopf-, Kiefer- oder Zahnbereich geröntgt? Ja Nein

Wenn ja, wann genau und bei wem? _____

Bei Frauen: 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

Atmen Sie überwiegend durch den Mund? Ja Nein

Sind Sie häufig erkältet? Ja Nein

Schnarchen Sie? Ja Nein

Bestand oder besteht Zungenpressen, Lippenbeißen, Nägelkauen, Bleistiftkauen? Ja Nein

Wenn ja, bis wann? _____

Besteht ein Sprachfehler (z.B. Lispeln) oder wurde bereits eine logopädische Behandlung durchgeführt? Ja Nein

Bis wann? _____

Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten anonymisiert für Fallbeispiele in Vorträgen durch Dr. Julia Fehlings verwendet werden dürfen.

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.

Ort, Datum

Unterschrift Patient

Name in Druckbuchstaben