



## PATIENTENBOGEN KINDER & JUGENDLICHE

Herzlich Willkommen bei KFO-VEST, der kieferorthopädischen Fachzahnarztpraxis 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 \_\_\_\_\_

### VERSICHERTER

Rechnungsempfänger  Ja  Nein  
Name \_\_\_\_\_  
Vorname \_\_\_\_\_  
Geb.-Datum \_\_\_\_\_  männlich  weiblich  
Straße, Nr. \_\_\_\_\_  
PLZ, Ort \_\_\_\_\_  
Tel. privat \_\_\_\_\_  
Mobil \_\_\_\_\_  
E-Mail \_\_\_\_\_

### WEITERER ERZIEHUNGSBERECHTIGTER

Rechnungsempfänger  Ja  Nein  
Name \_\_\_\_\_  
Vorname \_\_\_\_\_  
Geb.-Datum \_\_\_\_\_  männlich  weiblich  
Straße, Nr. \_\_\_\_\_  
PLZ, Ort \_\_\_\_\_  
Tel. privat \_\_\_\_\_  
Mobil \_\_\_\_\_  
E-Mail \_\_\_\_\_

### VERSICHERUNGSART

gesetzlich versichert  privat voll-versichert  
 gesetzlich versichert mit Zusatzversicherung: Welche? \_\_\_\_\_  
 Beihilfe

Basistarif einer privaten Versicherung

### 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

## KINDER & JUGENDLICHE

### ..... ÄRZTLICHE BEHANDLUNG .....

Steht Ihr Kind zurzeit in ärztlicher Behandlung?  Ja  Nein

Wenn ja, wegen welcher Erkrankung? \_\_\_\_\_

Wer ist Ihr Hausarzt? \_\_\_\_\_

Wer ist Ihr Zahnarzt? \_\_\_\_\_

Wird bei Ihrem Kind ein Prophylaxeprogramm durchgeführt?  Ja  Nein

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? \_\_\_\_\_

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? \_\_\_\_\_

Besitzt 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 kieferorthopädischer Behandlung?  Ja  Nein

Wenn ja, bei welchem Arzt? \_\_\_\_\_

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

Wenn ja, wann? \_\_\_\_\_

Bestand oder besteht eine Lutschgewohnheit (Daumen, Schnuller), Lippenbeißen oder Nägelkaugen?  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 Erziehungsberechtigter

\_\_\_\_\_  
Name in Druckbuchstaben