



Patientenbogen **Erwachsene**

Wir möchten uns mit Ihnen in Ruhe über Ihre kieferorthopädischen Wünsche unterhalten und Sie umfassend beraten. Dazu benötigen wir für den Beratungstermin neben Ihren Personalien auch medizinische Auskünfte. Wir nehmen Ihre Angaben selbstverständlich diskret entgegen.

Patient/in

Name: _____ PLZ/Ort: _____
Vorname: _____ Tel. Nr.: _____
Geburtsdatum: _____ Mobil: _____
Straße, Nr.: _____ Krankenkasse: _____
E-Mail: _____ Beruf: _____
Arbeitgeber: _____

Versicherungsart

☐ privat versichert ☐ gesetzlich versichert ☐ Beihilfe ☐ zusatzversichert

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Empfehlung von: ☐ Bekannte/Verwandte: _____ ☐ Arzt/Zahnarzt: _____

☐ Werbung (Anzeige, Presse, etc.) ☐ Gelbe Seiten ☐ zus. informiert auf **www.kfo-saarburg.de**

Internet: ☐ Google ☐ Sonstiges _____

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 einer Abrechnungsgesellschaft werden abrechnungsspezifische Daten an diese weitergegeben.

Für gesetzlich versicherte Patienten

Im Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen ist eine kieferorthopädische Behandlung als Erwachsener (ab 18 Jahre) nicht vorgesehen. Lediglich die Beratung ist als Kassenleistung abrechenbar. Sollten jedoch zur Behandlungsplanung diagnostische Unterlagen (Abformung der Zähne, Foto- & Röntgenaufnahmen) notwendig sein, so sind diese Leistungen nach der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) zu berechnen, d.h. Ihnen entstehen private Kosten. Ihr Kieferorthopäde wird Sie hierüber gesondert aufklären.

Bitte wenden!





Ärztliche Behandlung

- Stehen Sie zurzeit in ärztlicher Behandlung? O Ja O Nein
Wenn ja, wegen welcher Erkrankung? _____
- Wer ist Ihr Hausarzt? (Name, Ort) _____
- Wer ist Ihr Zahnarzt? (Name, Ort) _____
- Bestehen allgemeinmedizinische Erkrankungen (z.B. Herz-, Kreislauferkrankungen, Gerinnungsstörungen, Diabetes oder andere Erkrankungen) oder Infektionskrankheiten (Hepatitis)? O Ja O Nein
Wenn ja, welche? _____
- Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? O Ja O Nein
Wenn ja, welche? _____
- Bestehen Allergien oder Unverträglichkeiten oder der Verdacht einer Überempfindlichkeit gegen Materialien oder Medikamente? O Ja O Nein
Wenn ja, welche? _____
- Besitzen Sie einen Allergiepass? O Ja O Nein

Fragen zur Röntgenuntersuchung

- Wurden Sie im letzten Jahr im Kopf-, Kiefer-, oder Zahnbereich geröntgt? O Ja O Nein
Wenn ja, wann genau und bei wem? _____
- Besitzen Sie einen Röntgenpass? O Ja O Nein
- Bei Frauen: Besteht derzeit eine Schwangerschaft? O Ja O Nein

Fragen aus kieferorthopädischen Gründen

- Wurden Sie schon einmal kieferorthopädisch behandelt oder beraten? O Ja O Nein
Wenn ja, bei welchem Arzt? _____
Wenn ja, wurde die Behandlung planmäßig abgeschlossen? O Ja O Nein
- Bestehen Kiefergelenksbeschwerden oder -knacken? O Ja O Nein
- Bestehen häufig Kopfschmerzen, Schmerzen im Gesichtsbereich oder beim Kauen? O Ja O Nein
- Besteht oder bestand eine Gewohnheit wie Zähneknirschen, Zähnepressen, Zungenpressen, Lippenbeißen, Nägelkauen oder Ähnliches? O Ja O Nein
Wenn ja, bis wann? _____
- Gab es Unfälle mit Beteiligung der Zähne oder des Kiefers? O Ja O Nein
- Schnarchen Sie? O Ja O Nein
- Besteht ein Sprachfehler (z.B. Lispeln) oder wurde bereits eine logopädische Behandlung durchgeführt? O Ja O Nein
- Worin besteht Ihr Hauptanliegen? _____

Ich bestätige hiermit, diesen Anmeldebogen sorgfältig gelesen zu haben und die Fragen nach meinem besten Wissen und wahrheitsgemäß beantwortet zu haben. Über Änderung werde ich die Praxis unaufgefordert informieren.

Ich bin damit einverstanden, dass bei mir - falls erforderlich - Röntgenunterlagen erstellt werden und Behandlungsunterlagen dem Hauszahnarzt zur Verfügung gestellt werden.

Datum

Unterschrift Patient/in