



# 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: \_\_\_\_\_  
Name, Vorname \_\_\_\_\_ Geb. Dat. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Anschrift \_\_\_\_\_

### Mitglied/ Versicherter

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname \_\_\_\_\_ Geb. Dat. \_\_\_\_\_

### Versicherung

\_\_\_\_\_  
Versicherung/ Krankenkasse \_\_\_\_\_ Beihilfe % \_\_\_\_\_

### Rechnungs- empfänger

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname \_\_\_\_\_ Anschrift \_\_\_\_\_

### — Sorge- Berechtigte/r

\_\_\_\_\_  
Beruf \_\_\_\_\_ Arbeitgeber \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
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: \_\_\_\_\_ Unterschriften Patient/in bzw. aller 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? \_\_\_\_\_

Ist oder war ein Geschwisterkind bereits bei uns in Behandlung? \_\_\_\_\_

Wurden Sie von Ihrem Zahnarzt in unsere Praxis überwiesen? \_\_\_\_\_

**Für Kassenpatienten:**

Bitte bringen Sie uns zu jeder Behandlung Ihre Versichertenkarte mit.

Es ist uns nicht gestattet, bei fehlendem Versichertenachweis 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.

Unsere Information zur DSGVO (nden Sie auf unserer Homepage unter [www.kfo-eckernfoerde.de](http://www.kfo-eckernfoerde.de)).

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschriften Patient/in bzw. aller Sorgeberechtigte/ Vormund/ gesetzl. Vertreter