

ANAMNESEBOGEN

Liebe Patientin, lieber Patient, liebe Eltern,
herzlich willkommen in unserer Praxis.

Wir, das Praxisteam von BRAND ORTHODONTICS, möchten Ihnen bzw. Ihrem Kind den Aufenthalt in der Praxis so angenehm wie möglich gestalten. Zur Anlage Ihrer persönlichen Behandlungskartei / der Kartei Ihres Kindes und im Interesse einer komplikationslosen Behandlung benötigen wir von Ihnen / Ihrem Kind einige Angaben. Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen vollständig und richtig. Bei Rückfragen wenden Sie sich bitte an unser Empfangsteam. Alle Angaben unterliegen nach § 203 StGB der ärztlichen Schweigepflicht.

PATIENTENDATEN

Name, Vorname		Geburtsdatum
Straße, Hausnummer		Postleitzahl, Ort
Telefon	Telefon mobil	E-Mail
Versicherung		
Mitglied (falls nicht selbst versichert)		Geburtsdatum
Beruf, Arbeitgeber		

BEI MINDERJÄHRIGEN PATIENTEN*

Angaben zur Person, die den minderjährigen Patienten vorstellt

Name, Vorname		Geburtsdatum
Straße, Hausnummer		Postleitzahl, Ort
Telefon	Telefon mobil	E-Mail

Besteht eine Zusatzversicherung für kieferorthopädische Leistungen? Ja Nein
 Besteht eine Berechtigung auf Beihilfe? Ja Nein

Ihr Hauszahnarzt / Hauszahnarzt Ihres Kindes

ALLGEMEINE ANAMNESE

Sind in letzter Zeit Röntgenaufnahmen angefertigt worden? Ja Nein
 Wenn ja, wann und wo:

Wurde bereits eine kieferorthopädische Beratung / Behandlung durchgeführt? Ja Nein
 Wenn ja, wann und wo:

Wurden Unterlagen erstellt? Ja Nein
 Wenn ja, welche:

Wurden andere Familienmitglieder kieferorthopädisch behandelt? Ja Nein
 Was stört am meisten an der Zahn- / Kieferfehlstellung?

Wird ein Blasinstrument gespielt? Ja Nein
 Wenn ja, welches:

Wird oder wurde am Daumen gelutscht? Ja Nein

Wird oder wurde ein Schnuller benutzt? Ja Nein

Wird gelegentlich an den Fingernägeln gekaut? Ja Nein

Wird mit den Zähnen geknirscht oder gepresst? Ja Nein

Wurden bei einem Unfall Zähne oder Kiefer verletzt? Ja Nein

Bestehen / bestanden Beschwerden des Kiefergelenks,
der Kaumuskulatur oder häufig Kopfschmerzen? Ja Nein

Besteht eine rheumatische Erkrankung? Ja Nein

Liegt eine erschwerte Nasenatmung bzw. Mundatmung vor? Ja Nein

Wurden Mandeln oder Polypen entfernt? Ja Nein

Wird zur Zeit eine allgemeinärztliche, heilpraktische, orthopädische oder
physiotherapeutische Behandlung durchgeführt? Ja Nein

Wenn ja, welcher Art? _____

Liegt eine der folgenden Erkrankungen vor:

Herz-Kreislauf-Störungen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	HIV / AIDS	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Diabetes	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Tuberkulose	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Asthma	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Hepatitis	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Blutgerinnungsstörungen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Sonstige	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Epilepsie	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Wenn ja, welche:	_____	
Krankenhauskeime (z.B. MRSA)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein		_____	
Creutzfeldt-Jakob / Varianten	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein		_____	

Liegt eine Allergie vor? Ja Nein

Wenn ja, welche: _____

Werden regelmäßig Medikamente eingenommen? Ja Nein

Wenn ja, welche: _____

Besteht eine Schwangerschaft? Ja Nein

Wenn ja, in welchem Monat? _____

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? / Auf wessen Empfehlung kommen Sie?

Als besonderen Service senden wir Ihnen automatisch eine Erinnerungs-SMS für Ihren nächsten Termin etwa 24 Stunden im Voraus.
Möchten Sie diesen Service in Anspruch nehmen? Ja Nein

Dürfen wir Ihnen Informationen zu unserer Praxis bzw. zu Aktionen übersenden? Ja Nein

Wenn ja, auf welchem Wege? Per Post Per E-Mail

Hinweis zur Organisation: Die vereinbarten Termine sind für Sie reserviert. Bitte vermeiden Sie kurzfristige Terminabsagen und -verschiebungen. Bitte haben Sie Verständnis dafür, dass wir nicht wahrgenommene Termine, die nicht spätestens 24 Stunden zuvor abgesagt wurden, privat berechnen müssen. Wir sind berechtigt, diese auch Mitgliedern der gesetzlichen Krankenversicherung nach der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) in Rechnung zu stellen.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner umseitigen und obigen Angaben und stimme der Speicherung meiner persönlichen Daten / der persönlichen Daten meines Kindes ausdrücklich zu. Diese werden ausschließlich für meine Behandlung und zur Kommunikation mit meinem Zahnarzt genutzt. Zudem erkläre ich mich einverstanden, dass im Rahmen der kieferorthopädischen Behandlung notwendige Röntgenuntersuchungen bei meinem Kind gemacht werden.

*Bei einer Einwilligung von Eltern für ihr Kind gilt: Grundsätzlich ist die Einwilligung von beiden Elternteilen einzuholen. Unterschreibt ein Elternteil alleine, erklärt dieser durch seine Unterschrift zugleich, dass ihm das Sorgerecht allein zusteht oder dass er vom anderen Elternteil bevollmächtigt wurde, für diesen die Erklärung abzugeben.

Ort / Datum _____

Unterschrift des Patienten
bzw. Vorstellenden _____

Wir danken Ihnen herzlich für Ihre Beantwortungszeit! Bitte teilen Sie uns Änderungen der Angaben rechtzeitig mit.

Ihr Praxisteam.

DESI STANCHEV
Fachzahnärztin für Kieferorthopädie

T: 06131 - 61 777 44
F: 06131 - 61 777 45

E: Info@BrandOrthodontics.De
W: BrandOrthodontics.De

Am Brand 3,
Eingang Quintinsstr. 4, 55116 Mainz