

# ANMELDEBOGEN

Herzlich willkommen in meiner Praxis für Kieferorthopädie.

Ich möchte mich mit Ihnen in Ruhe über Ihre kieferorthopädischen Wünsche unterhalten und Sie umfassend beraten. Dazu benötige ich neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist für eine adäquate und angenehme Behandlung sehr wichtig. Meine Verwaltung nimmt Ihre Angaben selbstverständlich streng vertraulich und diskret entgegen.

## • PATIENT

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Geb.Datum \_\_\_\_\_

Straße/Nr. \_\_\_\_\_

PLZ/Ort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

Handy \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

Ihr behandelnder Zahnarzt \_\_\_\_\_

privat voll-versichert  Basis-Tarif einer privaten Versicherung

gesetzlich versichert  freiwillig versichert

Beihilfe  Zusatzversicherung f. Kieferorthopädie

## • VERSICHERTER/ GESETZLICHER VERTRETER

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Geb.Datum \_\_\_\_\_

Straße/Nr. \_\_\_\_\_

PLZ/Ort \_\_\_\_\_

Dem Unterzeichner ist bekannt, dass er nach vorheriger Aufklärung, für Kosten im Rahmen der Beratung oder Behandlung, die nicht von der Krankenkasse oder Beihilfe übernommen werden, selber aufkommen muss. Meine Praxis wird nach dem Bestellsystem geführt, um Ihnen längere Wartezeiten zu ersparen. Wir reservieren Ihnen bei entsprechenden Behandlungen z. T. mehrere Stunden. Das bedeutet natürlich Leerlauf für uns, wenn Sie Ihren Termin nicht einhalten. Um Ihnen und uns Ärger zu ersparen, bitten wir darum, alle Termine pünktlich einzuhalten und im Falle einer Verhinderung rechtzeitig (spätestens 24 Stunden vor dem Termin) abzusagen. Wir weisen Sie darauf hin, dass wir im Falle Ihres Nichterscheinens ohne rechtzeitige Absage den entstandenen Ausfall in Rechnung stellen. Bei wichtigen, dringenden Fragen können Sie uns selbstverständlich auch telefonisch erreichen.

Ort, Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_

(Des Versicherten; bei Minderjährigen des Erziehungsberechtigten/ gesetzl. Vertreter)

Wie sind Sie auf die Praxis aufmerksam geworden?

Bekannte oder Verwandte  Internet

Werbung (Anzeige Tageszeitung / Fachzeitschrift etc.)

Wurde bereits eine kieferorthopädische Beratung / Behandlung durchgeführt?  ja  nein

Wenn ja, wo? \_\_\_\_\_

Sind oder waren Eltern / Geschwister in kieferorthopädischer Behandlung?

ja  nein

Gab es Unfälle mit Beteiligung der Zähne?  ja  nein

Bestehen allgemeinmedizinische Erkrankungen (Herz, Niere, Leber, Blutgerinnungsstörungen, Diabetes) oder Infektionserkrankungen (HPV, HIV)?

ja  nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Sind Allergien bekannt?  ja  nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Wurden Polypen oder Tonsillen (Gaumenmandeln) entfernt?  ja  nein

Wodurch holen Sie Luft?  Mund  Nase

Besteht oder bestand eine Lutschgewohnheit, z. B. Daumen oder Schnuller?  ja  nein  
Wenn ja, wie lange? \_\_\_\_\_

Schnarchen der Patient / die Patientin?  ja  nein

Wird mit den Zähnen geknirscht oder gepresst?  ja  nein

Bestehen Beschwerden im Bereich der Kaumuskelatur / Kiefergelenke?  ja  nein  
 ja  nein

Gibt es wiederkehrende Kopfschmerzen / Verspannungen / Rückenprobleme?  
Wenn ja, in welchem Bereich? \_\_\_\_\_

Mit welcher Häufigkeit? \_\_\_\_\_

Wird derzeit eine andere ärztliche oder homöopathische Behandlung / Therapie durchgeführt?  ja  nein

Wird oder wurde eine orthopädische, physiotherapeutische oder osteopathische Behandlung durchgeführt?  ja  nein

Wenn ja, welche Maßnahmen? \_\_\_\_\_

Besteht eine Schwangerschaft?  ja  nein

Wann wurden die letzten Röntgenaufnahmen im Kopfbereich angefertigt?  
\_\_\_\_\_

**Dr. med. dent. Julia Becker** Rekumer Straße 2  
45721 Haltern - **02364 - 92 92 11** • 02364 - 92 92 12 fax  
[info@kfo-becker-haltern.de](mailto:info@kfo-becker-haltern.de) • [www.kfo-becker-haltern.de](http://www.kfo-becker-haltern.de)