

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

wir freuen uns, dass Sie sich für die Beratung in unserer Praxis entschieden haben. Um einen reibungslosen Ablauf Ihrer Behandlung ermöglichen zu können, benötigen wir von Ihnen einige persönliche Angaben. Bitte bringen Sie diesen Anamnesebogen zu unserem ersten Kennenlernen ausgefüllt mit.

Sollten Sie nicht wissen, wo wir in Lehnitz zu finden sind, möchten wir Ihnen hiermit den Weg beschreiben:

- Kommen Sie mit der S-Bahn: Gehen Sie bitte rechts aus dem Bahnhof raus und laufen ca. 2 min. bis zu unserer Praxis, die direkt gegenüber vom Bahnhof liegt.
- Kommen Sie mit dem Auto: Fahren Sie direkt zum S-Bahnhof Lehnitz und parken bequem auf unserem Praxisparkplatz oder auf dem öffentlichen Parkplatz gegenüber.

Falls Sie Ihren Termin nicht wahrnehmen können, dann rufen Sie uns bitte rechtzeitig in der Praxis unter der Telefonnummer **03301/2011202** an. Außerhalb unserer Sprechzeiten sprechen Sie bitte auf unseren Anrufbeantworter oder schreiben uns eine E-Mail an info@kfo-lehnitz.de. Vielen Dank.

Ihr Team der kieferorthopädischen Praxis am Lehnitzsee

Dr. Beate Meier

Liebe Patienten,

für eine sorgfältige kieferorthopädische Beratung benötigen wir vorab noch ein paar Informationen. Bitte nehmen Sie sich etwas Zeit, um die nachfolgenden Seiten gewissenhaft und so genau wie möglich auszufüllen. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht (nach §203 StGB).

Sollte Ihnen eine Frage unklar sein, werden unsere Mitarbeiterinnen Ihnen gerne weiterhelfen.

Patientenangaben:

Patient:	Rechnungsempfänger: (sofern abweichend)
Name:	Name:
Vorname:	Vorname:
Geburtsdatum:	Geburtsdatum:
PLZ, Wohnort:	PLZ, Wohnort:
Straße, Nr.:	Straße, Nr.:
Telefon:	Telefon:
Mobiltelefon	Mobiltelefon:
E-Mail:	E-Mail:
Arbeitgeber:	Arbeitgeber:
dienstliche Telefonnummer:	dienstliche Telefonnummer:

Versicherung:

Gesetzliche Krankenkasse:	Private Krankenkasse:
<input type="checkbox"/> pflichtversichert <input type="checkbox"/> freiwillig versichert	Beihilfe: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> Zusatzversicherung	

Ärztliche Behandlung:

Behandelnder Zahnarzt (Name, Adresse):

Wurden in der letzten Zeit im Bereich von Zähnen/Kiefer Röntgenaufnahmen angefertigt? ja nein

Behandelnder Hausarzt (Name, Adresse):

Allgemeine Gesundheitsangaben:

Leiden Sie unter Erkrankungen in folgenden Bereichen?

Haben Sie eine Infektionskrankheit (z.B. infektiöse Gelbsucht, HIV, TBC)?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Nehmen Sie ein Mittel, das die Blutgerinnung hemmt (Marcumar, Sintrom, Thrombo ASS)? Wenn ja, welches? _____	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Tragen Sie einen Herzschrittmacher oder eine Herzklappenprothese?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Endokarditisprophylaxe notwendig? (Tabletteneinnahme 1 Std. vor Prophylaxe u. chirg. Eingriffen.)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Herz-Kreislauf-System	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Allergien? Wenn ja, worauf? (z.B. Nickel, Molybdän, Latex, etc.) _____	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
körperliche / geistige Behinderung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Atmungsorgane (Nase, Lunge, z.B. Asthma, COPD, etc.)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Verdauungssystem (Magen, Darm)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Stoffwechselerkrankungen (z.B. Zuckerkrankheit, Schilddrüsenüber- oder -unterfunktion)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Nieren-, Harnblasenerkrankung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Zentralnervensystem (Epilepsie, Parkinson)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Rheumatische Erkrankungen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Psychische Erkrankungen (Therapie), welche? _____	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Augenerkrankungen (z.B. grüner Star)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Kopf- und Gesichtsschmerzen, in welchem Bereich? _____	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
durchgemachte Kinderkrankheiten (Mumps, Masern, Rachitis, etc.), welche? _____	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Sonstige Erkrankungen: _____	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Nehmen Sie zur Zeit Medikamente ein? Wenn ja, welche? _____	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Liegt eine Covid-Impfung vor? Wenn ja, wie viele? _____	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Für Patientinnen: Besteht derzeit eine Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Kieferorthopädische Fragen:

Wer hat Sie auf die Zahnstellung aufmerksam gemacht?

Wurden Sie bereits kieferorthopädisch beraten?

ja nein

Waren Sie selbst schon einmal in kieferorthopädischer Behandlung?

ja nein Wenn ja, bei wem? _____

Wie atmen Sie?

durch den Mund durch die Nase

Schlafen Sie mit offenem Mund?

ja nein

Sind die Mandeln oder Polypen entfernt worden?

ja nein Wenn ja, wann? _____

Bestehen Angewohnheiten? Wenn ja, kreuzen Sie bitte die entsprechende an.

Zähneknirschen Lispeln Fingernägelkauen

Erfolgte bereits eine logopädische Behandlung?

ja nein

Haben Sie Schmerzen beim Kauen oder knackt das Kiefergelenk?

ja nein

Haben Sie sich einmal einen Zahn an- oder ausgeschlagen?

ja nein Wenn ja, wann? _____

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

Hiermit willige ich ein, dass die kieferorthopädische Praxis Befunde und Behandlungsdaten (z.B. vorhandene Röntgenbilder) beim Zahnarzt und anderen Fachkollegen einholen darf und vor Ort erhobene Befunde (z.B. Röntgenbilder, Arztbriefe, Informationen über geplante Behandlungsgeräte, Mundhygiene etc.) mitbehandelnden Ärzten übermittelt.

Hiermit willige ich ein, dass mich die kieferorthopädische Praxis per SMS an den nächsten Termin erinnern darf. Sollten Sie dies nicht wünschen, geben Sie uns bitte Bescheid.

Hiermit willige ich ein, Termine, die nicht eingehalten werden können, spätestens 24 Stunden vorher abzusagen, da ansonsten die, durch das Fernbleiben, entstandenen Kosten in Rechnung gestellt werden können.

Ich wurde darüber unterrichtet, dass die Patienteninformation zum Datenschutz im Wartezimmer ausliegt und auf der Homepage www.kfo-lehnitz.de nachlesbar ist.

Für gesetzlich versicherte Patienten: Einmal im Quartal benötigen wir beim Besuch unserer Praxis die Krankenversichertenkarte. Wird diese nicht vorgelegt, muss sie bis zum Quartalsende unaufgefordert nachgereicht werden. Geschieht dies nicht, werden/müssen wir über die erbrachten Leistungen eine Rechnung auf Basis der privaten Krankenversicherung erstellen.

Mit meiner Unterschrift bestätigte ich die Richtigkeit und Vollständigkeit der von mir angegebenen Daten und werde bei Änderungen (z.B. Anamnese, Kontaktdaten, Versicherung) diese unverzüglich und ohne Aufforderung mitteilen.

Diese Zustimmungen können jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden (Art. 7 Abs. 3 DSGVO). Die bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitungen sind hiervon nicht berührt (Art. 7 Abs. 3 S.2 DSGVO).

Ort, Datum

Unterschrift Patient/in