

Liebe Patientin, lieber Patient,

schön, dass Du uns besuchen willst, wir freuen uns schon auf Dich!

Du brauchst überhaupt nicht aufgeregt zu sein, wir werden uns nur Deine Zähne ansehen und entscheiden, ob Du vielleicht eine Spange tragen musst.

Wenn Du mit dem Auto gefahren wirst, dann kannst Du Deinen Eltern sagen, dass Sie direkt auf unserem Hof parken können. Wenn Du mit der S-Bahn kommst, dann läufst Du vom Bahnhof Lehnitz noch 3 Minuten zu uns.

Damit wir beim ersten Besuch Deine Eltern keine Löcher in den Bauch fragen müssen, haben wir einen Anamnesebogen vorbereitet, den ihr bitte ausgefüllt zum ersten Besuch mitbringt.

Falls Du den Termin nicht wahrnehmen kannst, dann rufe bitte rechtzeitig unter unserer Telefonnummer **03301/2011202** an. Außerhalb unserer Sprechzeiten sprich bitte auf den Anrufbeantworter oder schicke uns eine E-Mail an info@kfo-lehnitz.de.

Auf unserer Website findest du unter „Behandlung“ → „Videos“ einen Link zu vielen Erklärvideos rund um die kieferorthopädische Behandlung. Wir haben eine eigene Videogalerie, die du dir mit deinen Eltern ansehen kannst, wenn du das Passwort: **Lehnitz** eingibst. Viel Freude beim Ansehen!

Dein Team der kieferorthopädischen Praxis am Lehnitzsee

Dr. Beate Meier

Liebe Eltern,

für eine sorgfältige kieferorthopädische Beratung benötigen wir noch ein paar Informationen. Bitte nehmen Sie sich etwas Zeit, um die nachfolgenden Seiten 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:	Hauptversicherter:
Name:	Name:
Vorname:	Vorname:
Geburtsdatum:	Geburtsdatum:
PLZ, Wohnort:	PLZ, Wohnort:
Straße, Nr.:	Straße, Nr.:
Telefon:	Telefon:
Mobiltelefon	Mobiltelefon:
E-Mail:	E-Mail:
	Arbeitgeber:
	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:

Asthma / Lungenerkrankung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Anfallsleiden (Epilepsie)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Rachitis	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Blutkrankheit	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Scharlach	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
HIV Infektion	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Tuberkulose	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Rheuma	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	körperliche / geistige Behinderung?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Herzfehler	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Allergien (Nickel, Heuschnupfen, Latex, etc.)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Endokarditisprophylaxe notwendig?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	wenn ja, welche: _____	
Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Regelmäßige Medikamenteneinnahme:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
		wenn ja, welche: _____	
Gelbsucht/Nieren- Harnblasenerkrankung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Bei Mädchen: besteht die Regelblutung?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
		wenn ja, seit wann? _____	
Besteht eine Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Liegt eine Covid-Impfung vor?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
		wenn ja, wie viele? _____	

Kieferorthopädische Fragen:

Wer hat Sie auf die Zahnstellung aufmerksam gemacht?

Wurde Ihr Kind bereits kieferorthopädisch beraten?

- ja nein

War oder ist Ihr Kind in kieferorthopädischer Behandlung?

- ja nein Wenn ja, bei wem? _____

Wurde ein anderes Familienmitglied wegen einer ähnlichen Zahn- bzw. Kieferstellung kieferorthopädisch behandelt?

- ja nein Wenn ja, wer und wo? _____

Ist derzeit ein Geschwisterkind in aktiver kieferorthopädischer Behandlung in dieser oder einer anderen Praxis?

(Zu einer aktiven Behandlung zählen keine regelmäßigen Kontrollen mit nur Beratung und auch keine Platzhalter)

- ja nein

Wie atmet Ihr Kind?

- durch den Mund durch die Nase

Schläft der Patient 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.

- | | | |
|---|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Lutschen am Daumen / Finger oder Schnuller | <input type="checkbox"/> Lippenbeißen | <input type="checkbox"/> Wangenbeißen |
| <input type="checkbox"/> Zungenbeißen | <input type="checkbox"/> Knabbern an Fingernägeln, Bleistift, Bettzipfel o.ä. | |
| <input type="checkbox"/> Zähneknirschen | <input type="checkbox"/> Lispeln | |

Erfolgte bereits eine logopädische Behandlung?

- ja nein

Hat der Patient Schmerzen beim Kauen oder knackt das Kiefergelenk?

- ja nein

War der Patient schon einmal in krankengymnastischer Behandlung?

- ja nein Wenn ja, weshalb? _____

Hat sich der Patient einmal einen Zahn an- oder ausgeschlagen?

- ja nein Wenn ja, wann? _____

Besteht eine Lippen-/Kiefer-/Gaumenspalte?

- ja nein Wenn ja, seit wann in Behandlung? _____

Welche Hobbys hat der Patient (Sport bzw. Instrumente)?

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass im Rahmen der kieferorthopädischen Behandlung notwendige Röntgenuntersuchungen bei meinem Kind angefertigt werden dürfen.

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 bzw. mein Kind 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 Erziehungsberechtigte /r