



ANMELDEBOGEN

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

Wir, das Team der Praxis für ganzheitliche Kieferorthopädie Dr. Katja Zieber, möchten Ihnen Ihren Aufenthalt | den Aufenthalt Ihres Kindes in der Praxis so angenehm wie möglich gestalten. Dazu benötigen wir neben Ihren Personalien | den Personalien Ihres Kindes auch Auskünfte über Ihren Gesundheitszustand | den Gesundheitszustand Ihres Kindes. Dies ist wichtig für eine optimale und risikolose Behandlung. Bei Fragen helfen wir Ihnen gern weiter. Ihre Angaben unterliegen nach § 203 StGB der ärztlichen Schweigepflicht und werden selbstverständlich vertraulich behandelt.

Persönliche Angaben des Patienten

Name _____
 Vorname _____
 Geburtsdatum _____
 Straße | Nr. _____
 PLZ | Ort _____
 Telefon (privat) _____
 Telefon (mobil)* _____
 E-Mail* _____

*Freiwillige Angaben – wenn Sie die Kontaktierung von uns zu medizinischen Sachverhalten über eines dieser Medien wünschen.

Hausarzt | Adresse* _____

Hauszahnarzt | Adresse* _____

*Freiwillige Angabe - falls die Anforderung von Unterlagen für Ihre Behandlung sinnvoll ist, kommen wir bzgl. einer Einwilligung auf Sie zu.

Persönliche Angaben des Versicherten (falls abweichend)

Name _____
 Vorname _____
 Geburtsdatum _____
 Straße | Nr. _____
 PLZ | Ort _____
 Telefon (privat) _____
 Telefon (mobil)* _____
 E-Mail* _____

Krankenkasse | Versicherung

Name der Krankenkasse _____

Privat versichert Basistarif Standardtarif

Gesetzlich versichert Freiwillig Pflicht

Haben Sie eine Zusatzversicherung für kieferorthopädische Leistungen? ja nein

Sind Sie beihilfeberechtigt? ja nein

Allgemeinanamnese

Sind Sie | Ihr Kind zurzeit in ärztlicher Behandlung?* ja nein

*Freiwillige Angabe - je nach Erkrankung kann dies für die kieferorthopädische Behandlung relevant sein.

Wenn ja, wegen welcher Erkrankung? _____

Nehmen Sie | Ihr Kind Medikamente ein? ja nein

Wenn ja, welche? _____

Wurden Sie | Ihr Kind kieferorthopädisch vorbehandelt? ja nein

Wurden Familienmitglieder kieferorthopädisch behandelt? ja nein

Wenn ja, wer?* _____

*Freiwillige Angabe – da der Verwandtschaftsgrad für die Behandlung relevant sein kann.

Gegen welche Materialien oder Medikamente besteht bei Ihnen | Ihrem Kind eine Überempfindlichkeit | Allergie?

_____ ja nein

Besitzen Sie | Ihr Kind einen Allergiepasp? ja nein

Haben Sie | Ihr Kind Probleme mit der Nasenatmung? ja nein

Sind HNO-Operationen erfolgt? ja nein

Liegen Unfallverletzungen im Hals-, Kiefer-, Gesichtsbereich vor? ja nein

Knirschen Sie | Ihr Kind mit den Zähnen? ja nein

 **bitte wenden**



Haben Sie | Ihr Kind Kiefergelenkbeschwerden? ja nein

Spielen Sie | Ihr Kind ein Blasinstrument oder betreiben Sie | Ihr Kind eine Sportart? ja nein

Wenn ja, welche? _____

Leiden Sie oder Ihr Kind unter folgenden Beschwerden oder besteht eine Erkrankung an den aufgeführten Organsystemen?

Herzschwäche (Insuffizienz) ja nein Magen-Darm-Erkrankung ja nein Schnarchen ja nein

Unregelmäßiger Herzschlag ja nein Schilddrüsenerkrankung ja nein Epileptiforme Anfälle ja nein

Zu hoher Blutdruck ja nein Asthma ja nein Krämpfe ja nein

Zu niedriger Blutdruck ja nein Chronische Bronchitis ja nein

Zuckerkrankheit (Diabetes) ja nein Heuschnupfen ja nein

Infektionskrankheiten

Hepatitis ja nein MRSA (Krankenhauskeim) ja nein

HIV | AIDS ja nein Tuberkulose ja nein

Creutzfeldt-Jakob-Krankheit (CJK) ja nein Varianten CJK ja nein

Haben Sie | Ihr Kind andere Krankheiten? _____

Röntgen

Wurden im letzten Jahr Aufnahmen im Kopf-, Kiefer- oder Zahnbereich angefertigt? ja nein

Wenn ja, bei welchem Arzt? _____

*Freiwillige Angabe - falls diese Unterlagen für Ihre Behandlung sinnvoll sind, kommen wir bzgl. einer Einwilligung zur Anforderung auf Sie zu.

Haben Sie einen Röntgenpass? ja nein

Besteht zurzeit eine Schwangerschaft? ja nein

Logopädie | Habits

Wird | Wurde eine logopädische Therapie durchgeführt? ja nein

Bestanden über das 2. Lebensjahr hinaus folgende Angewohnheiten?

Daumenlutschen Nagelkauen Lippenbeißen Schnullerlutschen Lippensaugen

Sonstige _____

Bitte erleichtern Sie uns die ärztliche Beratung, indem Sie folgende Fragen beantworten.*

• Ich möchte eine umfassende Beratung, die sich nicht auf die stark eingegrenzten Behandlungsmöglichkeiten innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung beschränkt. ja nein

• Ich möchte eine möglichst unsichtbare Behandlung und nehme zur Kenntnis, dass diese Variante mit erhöhtem Zeit- und Kostenaufwand verbunden ist. ja nein

• Ich interessiere mich für ganzheitliche Kieferorthopädie und wünsche Informationen über ergänzende Verfahren. ja nein

• Ich bin mit der Weitergabe von relevanten medizinischen Daten an medizinische Kollegen einverstanden. ja nein

*Freiwillige Angaben – diese Angaben sind für die Behandlung sinnvoll, jedoch nicht zwingend erforderlich

Allgemeines

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? _____

*Freiwillige Angabe – hierzu erheben wir praxisintern eine Statistik

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit der obigen Angaben und erkläre mich bereit, notwendige Röntgenaufnahmen von mir | meinem Kind anfertigen zu lassen.

Vielen Dank für Ihre Mithilfe!

Ort | Datum

Unterschrift | Unterschrift Erziehungsberechtigte/r

Hinweise zum Schutz Ihrer personenbezogenen Daten

*Hinweis zu freiwilligen Angaben

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich meine freiwilligen Angaben, deren Rechtsgrundlage für die Verarbeitung meine vorliegende Einwilligung ist, jederzeit schriftlich oder durch E-Mail an die Praxis (für meine Daten verantwortlich) widerrufen kann (Art. 7 Abs. 3 DSGVO).

Mir ist bekannt, dass mein jederzeit möglicher Widerruf der Einwilligung die Rechtmäßigkeit, der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt (Art. 7 Abs. 3 Satz 2 DSGVO).

Ort | Datum

Unterschrift | Unterschrift Erziehungsberechtigte/r

Louisenstraße 149
61348 Bad Homburg

FON 06172 - 45 68 93
FAX 06172 - 45 68 94

MAIL praxis@zieber.de
WEB www.zieber.de

