

## Liebe Patientin, lieber Patient,

vielen Dank, dass Sie zur Behandlung in unsere Praxis kommen. Diese wird nach dem Bestellsystem geführt. Das bedeutet für Sie in der Regel nur geringe Wartezeiten. Medizinisch notwendige, nicht vorhersehbare Behandlungsmaßnahmen können jedoch dazu führen, dass Termine nicht in jedem Fall exakt eingehalten werden. Dafür bitten wir um Ihr Verständnis. Wenn Sie einen mit uns vereinbarten Termin nicht einhalten können, so sagen Sie diesen bitte möglichst frühzeitig ab, d.h. spätestens 24 Stunden vorher, ansonsten müssen wir Ihnen die entstandenen Kosten in Rechnung stellen (mindestens 50 €). Kommen Sie aufgrund von unvorhersehbaren Notfällen (z.B. akute Schmerzen) in unsere Praxis, müssen Sie mit Wartezeit rechnen.

Als gesetzlich krankenversicherte/-r Patient/-in müssen Sie uns bitte unbedingt die Krankenversichertenkarte spätestens 10 Tage nach Behandlungsbeginn vorlegen, da Ihnen ansonsten Kosten für die Behandlung privat in Rechnung gestellt werden müssen. Als gesetzlich versicherte/-r Patient/-in haben Sie die Wahlmöglichkeit zwischen der kassenzahnärztlichen Behandlung über die Krankenversichertenkarte oder der Behandlung auf Privatrechnung gemäß § 13 SGB V (Kostenerstattung).

### Persönliches

Name, Vorname	Geburtsdatum	Geburtsort
Straße	PLZ, Ort	
Telefon Festnetz	Telefon Mobil	
E-Mail		

### Versicherung

Wie ist Ihr Kind versichert?

Gesetzlich versichert	<input type="checkbox"/>	Privat versichert	<input type="checkbox"/>
Zusatzversicherung	<input type="checkbox"/>	Beihilfeberechtigt	<input type="checkbox"/>

Sind Patient und Mitglied der Versicherung nicht identisch, ergänzen Sie bitte die Daten des Versicherungsnehmers:

Name, Vorname	Geburtsdatum
Straße	PLZ, Ort

### Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?

Persönliche Empfehlung	<input type="checkbox"/>	Im Vorbeigehen	<input type="checkbox"/>	Überweisender Arzt	<input type="checkbox"/>
Internet	<input type="checkbox"/>	Sonstiges:			

### Service

Wir bieten Ihnen die Möglichkeit sich von uns an Ihren Termin oder an die alljährliche Kontrolle (Recall) erinnern zu lassen.

Wählen Sie:

Terminerinnerung	<input type="checkbox"/>	Recall	<input type="checkbox"/>
Per SMS	<input type="checkbox"/>	E-Mail	<input type="checkbox"/>

**Eigene Dokumente: Anamnesebogen KFO Erwachsen 08.06.2022**

anamnesebogen kfo erwachsen 13.06.2019

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Ja Nein

Was ist der **Grund Ihres Besuches** in unserer Praxis? (Was stört ggf. an der Zahnstellung/Kiefersituation?)

Wurde bereits eine Kieferorthopädische Beratung/Behandlung durchgeführt?

**Wenn ja**, bei welchem Zahnarzt/Kieferorthopäden?

\_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_ von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Wurde diese Behandlung zu Ende geführt?

**Wenn nein**, bitte Grund angeben: \_\_\_\_\_

Was erwarten Sie von einer künftigen kieferorthopädischen Behandlung? \_\_\_\_\_

Wird zurzeit eine **ärztliche** Behandlung durchgeführt?

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

Leiden oder litten Sie an einer der folgenden Krankheiten?

- |   |                          |           |                          |                                      |                          |
|---|--------------------------|-----------|--------------------------|--------------------------------------|--------------------------|
| Herz- oder Kreislaufleiden                  | <input type="checkbox"/> | Rachitis  | <input type="checkbox"/> | Rheuma                               | <input type="checkbox"/> |
| Schilddrüsenerkrankungen                    | <input type="checkbox"/> | Diabetes  | <input type="checkbox"/> | Erkrankung des blutbildenden Systems | <input type="checkbox"/> |
| Infektionskrankheiten (z.B. Hepatitis, HIV) | <input type="checkbox"/> | Epilepsie | <input type="checkbox"/> |                                      |                          |

Bitte informieren Sie uns auch über hier nicht aufgeführten Erkrankungen:

Haben Sie innerhalb der letzten 6 Monate Medikamente eingenommen?

Nehmen Sie dauerhaft Medikamente?

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

Ist bei Ihnen eine Allergie bekannt oder besteht der Verdacht?

**Wenn ja**, wogegen? \_\_\_\_\_ Besitzen Sie einen Allergiepass?

Haben Sie Probleme mit der Nasenatmung?

**Wenn ja:**

- |                     |                          |                     |                          |
|---------------------|--------------------------|---------------------|--------------------------|
| Aufgrund von Asthma | <input type="checkbox"/> | häufige Erkältungen | <input type="checkbox"/> |
| Allergisches Asthma | <input type="checkbox"/> | Schnarchen          | <input type="checkbox"/> |

Andere Ursachen: \_\_\_\_\_

Wurden Hals-, Nasen-, Ohrenärztliche Operationen durchgeführt? **Wenn ja:**

- |                     |                          |                         |                          |
|---------------------|--------------------------|-------------------------|--------------------------|
| Gaumenmandeln       | <input type="checkbox"/> | Rachenmandeln (Polypen) | <input type="checkbox"/> |
| Allergisches Asthma | <input type="checkbox"/> | Schnarchen              | <input type="checkbox"/> |

Andere: \_\_\_\_\_

Nur bei Patientinnen: Besteht eine Schwangerschaft? Ja  Nein  Unsicher

Wird zurzeit eine zahnärztliche Behandlung durchgeführt?

**Wenn ja**, weswegen? \_\_\_\_\_

Welche Prophylaxe Maßnahmen (z.B. Putztraining, Anfärben, Fluoridieren, Professionelle Zahnreinigung) werden regelmäßig beim Hausarzt durchgeführt? \_\_\_\_\_

Wird in regelmäßigen Abständen eine professionelle Zahnreinigung durchgeführt?

Gab es Auffälligkeiten beim Zahndurchbruch und der Gebissentwicklung?

Sind bereits bleibende Zähne gezogen wurden?

Verantwortlich	Geltungsbereich	letzte Änderung von	am	Status	Version	Termin	Seite
Inhaber	Praxis	MB	08.06.2021	freigegeben	1.1.1	08.06.2023	2 / 3

**Eigene Dokumente: Anamnesebogen KFO Erwachsene 08.06.2022**

anamnesebogen kfo erwachsen 13.06.2019

Leiden oder litten Sie unter Sprachstörungen? \_\_\_\_\_

Wurde eine logopädische Behandlung (Sprachtherapie) durchgeführt? \_\_\_\_\_

Gab es bereits Beschwerden/Behandlungen im Bereich des Kiefergelenks? \_\_\_\_\_

Wurden Sie innerhalb der letzten 12. Monate im Kopf-Hals-Bereich geröntgt? \_\_\_\_\_

**Wenn ja**, welche Art von Aufnahme und wann? \_\_\_\_\_


Betreiben Sie eine Sportart? \_\_\_\_\_

Spielen Sie ein Blasinstrument? \_\_\_\_\_

--	--

Sonstige Bemerkungen: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Vielen Dank für Ihre Mithilfe! Bitte teilen Sie uns Änderungen der obigen Angaben mit!**

Scheeßel, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Unterschrift der Patientin/ des Patienten

\_\_\_\_\_

Unterschrift des Erziehungsberechtigten

Verantwortlich	Geltungsbereich	letzte Änderung von	am	Status	Version	Termin	Seite
Inhaber	Praxis	MB	08.06.2021	freigegeben	1.1.1	08.06.2023	3 / 3