



Anmeldebogen Erwachsene

Herzlich willkommen in der Fachpraxis für Kieferorthopädie Lara Muncker-Wouters! Wir möchten uns mit Ihnen in Ruhe über Ihre kieferorthopädischen Wünsche unterhalten und Sie umfassend beraten. Dazu benötigen wir zu Ihrem nächsten Termin neben Ihren Personalien, Auskünfte über den allgemeinen Gesundheitszustand. Ihre Angaben werden streng vertraulich behandelt. Sie unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht gemäß §203 StGB sowie den strengen Bestimmungen des Datenschutzes.

Patient

Name: _____ Tel.-Nr.: _____
Vorname: _____ Mobil: _____
Straße, Nr.: _____ E-Mail: _____
PLZ/Ort: _____ Arbeitgeber: _____
Geb. Datum: _____ Beruf: _____
Krankenkasse: _____ Tel. gesch.: _____

Versicherter (falls abweichend)

Name: _____ Tel.-Nr.: _____
Vorname: _____ Mobil: _____
Straße, Nr.: _____ E-Mail: _____
PLZ/Ort: _____ Arbeitgeber: _____
Geb. Datum: _____ Beruf: _____
Krankenkasse: _____ Tel. gesch.: _____

Versicherungsart

- gesetzlich versichert Basistarif einer privaten Versicherung
 freiwillig versichert Zusatzversicherung für Kieferorthopädie
 privat voll-versichert Beihilfe

Name des Zahnarztes: _____ Ort: _____
Name des Hausarztes: _____ Ort: _____

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

- Bekannte oder Verwandte Internet (Arzt- oder Gesundheitsportale) Zus. informiert auf [www. smile-pasing.de](http://www.smile-pasing.de)
 Werbung (Anzeige Tagespresse/Fachzeitschrift etc.) Sonstiges: _____

Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten per EDV gespeichert werden und ggf. an eine Abrechnungsgesellschaft weitergeleitet werden. Im Falle der Praxis-Übergabe oder im Falle der Beschäftigung eines Vertreters bin ich damit einverstanden, dass die Karteikarte mit den persönlichen Daten auf den Nachfolger bzw. Praxisvertreter übergeben wird. Ich bin damit einverstanden, dass meine persönlichen Daten, soweit sie für die Abrechnung der von mir in Anspruch genommenen Leistungen von Bedeutung sind, von dem mich behandelnden Arzt im Falle des Zahlungsverzugs zum Zweck des Forderungseinzugs an einen Dritten (Inkassounternehmen) weitergegeben werden.

Datum

Unterschrift Patient

Bitte wenden!





Anmeldebogen Erwachsene

Allgemeine Gesundheitsangaben

- Bestehen allgemeinmedizinische Erkrankungen (Herz, Leber, Niere, Blutgerinnungsstörungen, Diabetes) oder Infektionskrankheiten (HIV/ Aids)? ja nein
Wenn ja, welche? _____
- Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? ja nein
Welche und wozu? _____
- Bestehen Allergien oder Unverträglichkeiten? ja nein
Welche? _____

Fragen zur Röntgenuntersuchung

- Wurden Sie innerhalb der letzten 12 Monate im Kopf/ Kieferbereich geröntgt? ja nein
- Bei Frauen: Besteht derzeit eine Schwangerschaft? Welcher Monat? _____ ja nein

Fragen aus Kieferorthopädischen Gründen

- Wurden Sie schon einmal kieferorthopädisch behandelt? ja nein
Bei welchem Arzt? Wann? _____
- Was stört Sie am meisten an Ihrer Zahn- und Kieferstellung? _____ ja nein
- Bestehen Kiefergelenksbeschwerden oder -knacken? ja nein
- Bestehen häufig Kopfschmerzen, Schmerzen im Gesichtsbereich oder beim Kauen? ja nein
Welche? _____
- Besteht oder bestand Zähneknirschen oder Zähnepressen? ja nein
Bis wann? _____
- Gab es Unfälle mit Beteiligung der Zähne und des Kiefers? ja nein
Wenn ja, welche? _____
- Besteht Mundatmung oder häufige Erkältung oder Schnarchen? ja nein
Was? _____
- Waren Sie bereits in HNO ärztlicher Behandlung? ja nein
Wann und was wurde gemacht? _____

Mundhygiene

- Wie oft putzen Sie Ihre Zähne? _____ mal täglich
- Gehen Sie zu regelmäßigen Kontrollen zum Zahnarzt? ja nein
- Gehen Sie regelmäßig zu Professionellen Zahnreinigungen? ja nein

Bei Veränderung des Gesundheitszustandes bitten wir um sofortige Benachrichtigung.

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. Unsere Praxis wird nach dem Bestellsystem geführt, um Ihnen längere Wartezeiten zu ersparen. Wir reservieren Ihnen bei entsprechender Behandlung 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 Fall einer Verhinderung rechtzeitig (spätestens 24 Stunden vor dem Termin) abzusagen. Wir weisen Sie darauf hin, dass wir Ihnen im Falle Ihres Nichterscheinens ohne rechtzeitige Absage den entstandenen Ausfall in Rechnung zu stellen. Bei wichtigen, dringenden Fragen können Sie uns selbstverständlich auch telefonisch erreichen.