

DR. FINKEN DR. HUMBERG

KIEFERORTHOPÄDIE

AM BALLPLATZ

ANMELDE- UND ANAMNESEBOGEN

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

herzlich willkommen in unserer kieferorthopädischen Fachpraxis!

Für eine individuelle Beratung und eine sorgfältige Untersuchung benötigen wir einige Informationen von Ihnen.

Um Ihre Wartezeit in unserer Praxis auf ein Minimum zu reduzieren und uns schon vor Ihrem Besuch über Ihre Wünsche zur Behandlung zu informieren, bitten wir Sie um das Ausfüllen dieses Fragebogens. Alle Angaben unterliegen nach § 203 StGB der ärztlichen Schweigepflicht.

PATIENTIN/PATIENT

Titel, Name, Vorname

Geburtsdatum, Geburtsort

Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

Telefon (privat)

Telefon (mobil)

Beruf

E-Mail-Adresse

ERZIEHUNGSBERECHTIGTE/R (bei Patienten, die jünger als 18 Jahre sind)

Titel, Name, Vorname

Geburtsdatum, Geburtsort

Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

Telefon (privat)

Telefon (mobil)

Beruf

E-Mail-Adresse

Bei einer Einwilligung von Eltern für ihr Kind gilt: Grundsätzlich ist die Einwilligung von beiden Elternteilen einzuholen. Unterschreibt ein Elternteil alleine, erklärt dieser durch seine Unterschrift zugleich, dass ihm das Sorgerecht allein zusteht oder dass er vom anderen Elternteil bevollmächtigt wurde, für diesen die Erklärung abzugeben.

KRANKENKASSE/-VERSICHERUNG

Privatversichert Beihilfeberechtigt

Gesetzlich versichert freiwillig versichert KFO-Zusatzversicherung

IHRE ZAHNÄRZTIN/IHR ZAHNARZT

Name der Zahnärztin / des Zahnarztes

Ort

- Gehen Sie regelmäßig zur Zahnreinigung? Ja Nein
Waren Sie bereits in kieferorthopädischer Beratung / Behandlung ? Ja Nein
Wenn Ja, bei welchem Kieferorthopäden / welcher Kieferorthopädin?

Name der Kieferorthopädin / des Kieferorthopäden Ort

- Wurden im letzten Jahr Röntgenbilder von Zähnen oder Kiefer gemacht ? Ja Nein
Falls ja, bringen Sie diese bitte mit.

BESTEHEN GRUNDERKRANKUNGEN?

- Asthma Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit) Hepatitis
 Rheuma Herz- Kreislauferkrankung TBC / Tuberkolose
 Krampfleiden Blutungsneigung Sonstige:
 Schilddrüsenerkrankung HIV

- Nehmen Sie / Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente? Wenn ja, welche?

LEIDEN SIE AN:

- Verspannungen Tinnitus / Ohrgeräuschen Rückenschmerzen
 Kopfschmerzen / Migräne Zähneknirschen / Pressen Taubheitsgefühl im Arm
 Schwindel

- Besteht Fingerlutschen / Daumenlutschen ? früher noch immer

- Bestehen Sprachstörungen ? Ja Nein

- Ist eine Logopädische Therapie bereits erfolgt ? Ja Nein

Sind Hobby oder Beruf verbunden mit:

- Gesang Geige Blasinstrument Ballsport Kampfsport

Bestehen Allergien ? Wenn ja welche ? _____

- Rauchen Sie regelmäßig ? Ja Nein

- Patientinnen: Liegt eine Schwangerschaft vor? Ja Nein

- Liegt ein nächtliches Schnarchen vor ? Ja Nein

- Bestehen Kiefergelenkprobleme? Ja Nein

WAS ERWARTEN SIE VON EINER KIEFERORTHOPÄDISCHEN BEHANDLUNG ?

- Gerade ausgerichtete Zähne Längere Lebensdauer der Zähne Besseres Kauvermögen
 Besseres Aussehen Bessere Aussprache Beseitigen von Schmerzen
 Sonstiges

WIE SIND SIE AUF UNS AUFMERKSAM GEWORDEN ?

- Zahnärztin / Zahnarzt Internet Telefonbuch
 Praxisschild Familie Lage der Praxis
 Sonstiges Patientenempfehlung: _____

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner umseitigen und obigen Angaben. Ich verpflichte mich, Änderungen meiner Angaben rechtzeitig mitzuteilen.

Die Hinweise zur Datenverarbeitung, die in der Praxis aushängen, bzw. die ich unter folgender URL www.finken-humberg.de/datenschutz.html eingesehen habe, habe ich zur Kenntnis genommen. Mit der Verarbeitung meiner Daten in dem dort beschriebenen Rahmen bin ich einverstanden.

Datum

Unterschrift (Patient/in · Versicherte/r · Erziehungsberechtigte/r)

Wir freuen uns auf Ihren Besuch und werden Ihren Aufenthalt so angenehm wie möglich gestalten!

IHR PRAXISTEAM