



Herzlich willkommen

in der Praxis von Dr. Morten Rolsdorph! Wir möchten uns mit Ihnen in Ruhe über Ihre kieferorthopädischen Wünsche unterhalten und Sie umfassend beraten. Dazu benötigen wir für den Beratungstermin neben Ihren Personalien auch medizinische Auskünfte. Wir nehmen Ihre Angaben selbstverständlich diskret entgegen.

Patient

Name: _____ Vorname: _____
Geburtsdatum: _____ Straße, Nr.: _____
PLZ/Ort: _____ Krankenkasse: _____

Versicherter / Erziehungsberechtigter

Name: _____
Vorname: _____
Geburtsdatum: _____
Straße: _____
PLZ/Ort: _____
Telefon: _____
Mobil: _____
E-Mail: _____

weiterer Erziehungsberechtigter

Name: _____
Vorname: _____
Geburtsdatum: _____
Straße: _____
PLZ/Ort: _____
Telefon: _____
Mobil: _____
E-Mail: _____

Versicherungsart

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

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

- Bekannte / Verwandte Werbung (Anzeige Tagespresse/Fachzeitschrift etc.) Sonst.: _____
 Arzt / Zahnarzt Internet (Arzt- oder Gesundheitsportale)

Helfen Sie uns Sie besser kennen zu lernen

Warum sind Sie zu uns gekommen und was können wir für Sie tun? _____

Für gesetzlich versicherte Patienten

Ihre Krankenversicherung verlangt, dass die Krankenversicherungskarte zu jedem Praxisbesuch mitgebracht werden soll. Liegt die Versichertenkarte innerhalb von 14 Tagen nach der Behandlung (bzw. zur Rechnungsstellung) nicht vor, so muss die Behandlung als Privatbehandlung betrachtet werden und eine entsprechende Privatrechnung nach GOZ (Gebührenordnung für Zahnärzte) gestellt werden.

Für alle Patienten

Bestellpraxis: Hinweis zur Organisation

Wir sind immer bemüht, Ihnen lange Wartezeiten zu ersparen. Deshalb bitten wir Sie, vereinbarte Termine mindestens 48 Stunden vorher abzusagen.

Ich bestätige hiermit diesen Anmeldebogen sorgfältig gelesen zu haben und die Fragen nach meinem besten Wissen und wahrheitsgemäß beantwortet zu haben.

Bitte wenden!



(Name und Vorname in Druckbuchstaben)

(Name und Vorname in Druckbuchstaben)

Datum

Unterschrift d. gesetzl. Vertreters

Unterschrift Patient (ab dem 12. Lebensjahr)

Vielen Dank für Ihre Mithilfe. Wir werden uns bemühen Ihren Aufenthalt bei uns so angenehm wie möglich zu gestalten.

Diese Angaben sind für eine vertrauensvolle Zusammenarbeit wie auch eine sachgerechte medizinische Behandlung erforderlich. Ihre Angaben werden streng vertraulich behandelt. Sie unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht gemäß § 203 des Strafgesetzbuches sowie den strengen Bestimmungen des Datenschutzgesetzes. Nur im Rahmen der Zusammenarbeit mit einer Abrechnungsgesellschaft werden abrechnungsspezifische Daten an diese weitergegeben. Moderne Kieferorthopädie bedarf, wie alle medizinischen Bereiche, der Teamarbeit. Daher werden Teilleistungen auch von aus- und fortgebildeten Zahnarzhelferinnen nach vorheriger individueller Anordnung durch den Kieferorthopäden und unter dessen Aufsicht, Überwachung und Kontrolle erbracht. Wir möchten Sie bitten, vorhandene Röntgenaufnahmen des Kieferbereichs mitzubringen.

Ärztliche Behandlung

Stehen Sie zurzeit in ärztlicher Behandlung? ja nein

Wenn ja, wegen welcher Erkrankung? _____

Wer ist Ihr Hausarzt? (Name, Adresse und Telefonnummer) _____

Wer ist Ihr Zahnarzt? (Name, Adresse und Telefonnummer) _____

Ich bin damit einverstanden, dass mein behandelnder Zahnarzt über die geplanten kieferorthopädischen Maßnahmen und den Verlauf der Behandlung informiert wird. ja nein

Bestehen allgemeinmedizinische Erkrankungen (z.B. Herz-, Kreislauferkrankungen, Gerinnungsstörungen, Diabetes oder andere Erkrankungen) oder Infektionskrankheiten (z.B. Hepatitis)? ja nein

Wenn ja, welche? _____

Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein? ja nein

Wenn ja, welche und wozu? _____

Bestehen Allergien/Unverträglichkeiten/Verdacht einer Überempfindlichkeit gegen Materialien oder Medikamente? ja nein

Wenn ja, welche? _____

Besitzt Ihr Kind einen Allergiepass? ja nein

Fragen zur Röntgenuntersuchung

Wurde Ihr Kind im letzten Jahr im Kopf-, Kiefer- oder Zahnbereich geröntgt? ja nein

Wenn ja, welches Körperteil? _____

Hinweis: Unsere modernen Geräte gewährleisten eine möglichst geringe Strahlendosis.

Bei Frauen: Besteht derzeit eine Schwangerschaft? ja nein

Fragen aus kieferorthopädischen Gründen

Wurde Ihr Kind schon einmal kieferorthopädisch behandelt oder beraten? ja nein

Wenn ja, bei welchem Arzt? _____

Wurde die Behandlung abgebrochen? ja nein

Bestehen Kiefergelenksbeschwerden oder -knacken? ja nein

Bestehen häufig Kopfschmerzen, Schmerzen im Gesichtsbereich oder beim Kauen? ja nein

Wenn ja, welche? _____

Besteht oder bestand Zähneknirschen oder Zähnepressen? ja nein

Gab es Unfälle mit Beteiligung der Zähne oder des Kiefers? ja nein

Wenn ja, welche? _____

Besteht Mundatmung oder häufige Erkältung oder Schnarchen? ja nein

Wenn ja, was? _____

War Ihr Kind bereits in Behandlung bei einem Hals-Nasen-Ohrenarzt? ja nein

Wann und was wurde gemacht? _____

Bestand oder besteht Zungenpressen, Lippenbeißen, Nägelkauen, Bleistiftkauen? ja nein

Bis wann? _____

Liegen ähnliche Fehlstellungen in der Familie vor? ja nein

Welche und bei wem? _____

Gibt es Nichtanlagen von Zähnen in der Familie? ja nein

Welche und bei wem? _____

Besteht ein Sprachfehler (z.B. Lispeln) oder wurde bereits eine logopädische Behandlung durchgeführt? ja nein

Wenn ja, wann? _____

Mundhygiene

Wie oft putzt Ihr Kind seine Zähne? _____ mal täglich

Geht Ihr Kind zu regelmäßiger Kontrolle zu seinem Zahnarzt? ja nein

Geht Ihr Kind regelmäßig zur professionellen Zahnreinigung? ja nein