

ANAMNESEBOGEN



Praxis Dr. Scheunchen
MSc. KIEFERORTHOPÄDIE

Liebe/r Patient/in,

Sehr geehrte Eltern,

neben den Angaben zu Ihrer Person/zu Ihrem Kind benötigen wir für die optimale Behandlung auch Auskünfte über den allgemeinen Gesundheitszustand.

Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Persönliches (Patient/in)

Name/Vorname _____ geb. _____

Str./Nr. _____ PLZ/Ort _____

Tel. privat _____ Tel. mobil _____

E-Mail* _____ Erziehungsberechtigte getrennt? ja nein

* = für Datenaustausch und Terminerinnerungen

Krankenkasse / private Krankenversicherung: _____

- privat versichert beihilfeberechtigt Basistarif
 gesetzlich versichert freiwillig gesetzl. versichert Zusatzversicherung

Wer ist Hauptversicherter?

Name/Vorname _____ geb. _____

Falls abweichend von Adresse des/der Patienten/Patientin:

Str./Nr. _____ PLZ/Ort _____

Wer ist Ihr Zahnarzt?

Name _____ Ort _____

Grund für Ihren Besuch:

- Beratung
 Weiterbehandlung
 andere Gründe: _____

Speziell kieferorthopädische (kfo.) Fragen:

War Ihr Kind schon in kieferorthopädischen Behandlung oder Beratung?

ja nein

Falls ja: Bei wem? In welchem Zeitraum?

Waren oder sind Geschwister in einer kieferorthopädischen Behandlung?

ja nein

Falls ja, wo? _____

Hat der/die Patient/in ...

Daumen gelutscht Schnuller genutzt

Falls ja, wie lange (ca.)? _____

Liegt Folgendes vor?

vorwiegend Mundatmung ja nein

(nächtliches) Zähneknirschen ja nein

frühere Logopädie-Behandlung ja nein

Wurden die Mandeln und/oder Polypen entfernt? ja nein

Falls ja, wann? _____

Hatte der/die Patient/in einmal einen Unfall oder eine Operation (Kopf-/Hals-Bereich)?

ja nein

Falls ja, wo und wann? _____

- Bitte wenden -->

| | |
|--|--|
| <p>Bestehen Allergien (z.B. Nickel)? <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein</p> <p>Falls ja, welche? _____</p> <p>Leidet Ihr Kind an Erkrankungen der/des ...</p> <p>Herzens oder Kreislaufs <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein</p> <p>Schilddrüse <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein</p> <p>Hals-/Nasen-/Ohrenbereich <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein</p> <p>Atemwege/Lunge <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein</p> <p>Wirbelsäule <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein</p> <p>Wann wurden von Ihrem Kind zuletzt im Kopf-Kiefer-Zahnbereich Röntgenbilder angefertigt?</p> <p><input type="radio"/> noch nie <input type="radio"/> _____</p> <p>Für unsere Patientinnen:</p> <p>Sind Sie schwanger? <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein</p> <p>Falls ja: In welcher Woche sind Sie? _____</p> | <p>Hat oder hatte Ihr Kind ...</p> <p>... Zahnfleischbluten <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein</p> <p>... Diabetes <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein</p> <p>... Ohrensausen/Tinnitus <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein</p> <p>... sonstige Erkrankungen/Infektionen: _____ _____</p> <p>Medikamente:</p> <p>Nimmt Ihr Kind Medikamente ein?</p> <p><input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein</p> <p>Falls ja: Welche Medikamente? _____ _____</p> <p>Sind bei dem/der Patient/in jemals Medikamentenunverträglichkeiten aufgetreten?</p> <p><input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein</p> <p>Falls ja: Bei welchen Medikamenten? _____ _____</p> |
|--|--|

Datenaustausch mit dem Zahnarzt / Röntgenaufnahmen

Aufgrund der neuen Datenschutzverordnung bitten wir Sie, uns zu ermächtigen, dem/ der Zahnarzt/-ärztin einen Brief mit den erhobenen Befunddaten und der beabsichtigten kieferorthopädischen Therapie und ggf. Röntgenbilder Ihres Kindes per CD oder per E-Mail zukommen zu lassen.

- Ich bin mit der Weitergabe der oben genannten Daten an den Zahnarzt/-ärztin unseres Kindes einverstanden.
- Hiermit gebe ich mein Einverständnis, dass medizinisch notwendige Röntgenaufnahmen bei meinem Kind ohne nochmalige Zustimmung meinerseits erfolgen dürfen.

Organisatorisches

- Ich verpflichte mich, über alle Änderungen, die sich während der gesamten Behandlungszeit ergeben, umgehend mitzuteilen.
- Des Weiteren verpflichte ich mich, vereinbarte Behandlungstermine einzuhalten bzw. mindestens 24 Std. vor dem vereinbarten Termin abzusagen. Mir ist bekannt, dass nicht bzw. nicht rechtzeitig abgesagte Termine in Rechnung gestellt werden können.
- Wenn die Versicherungskarte vergessen wird, können Sie diese innerhalb von 10 Tagen nachreichen, ansonsten kann von Ihnen gemäß § 8 Absatz 2 BMV-Z eine Privatvergütung für die Behandlung verlangt werden.

In eigener Sache (freiwillige Angaben)

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

- von Bekannten empfohlen Internet, über die Seite _____
- Überweisung Sonstiges: _____

_____, den _____, Unterschrift: _____
 (Ort) (Datum) (volljährige/r Patient/in oder Erziehungsberechtigte/r)

