

Anmeldung zur Neuaufnahme

Nachname, Vorname (Patient)	Geburtsdatum
-----------------------------	--------------

Straße, Hausnummer	PLZ, Ort
--------------------	----------

Telefon	Zahnarzt	empfohlen/überwiesen durch
---------	----------	----------------------------

o Gesetzlich versichert (Krankenkasse: _____)

o mit privater Zusatzversicherung (Versicherung: _____)

o Privat versichert (Versicherung: _____)

o Sind Sie beihilfeversichert? (Beihilfe: _____)

o Basistarif

Nachname, Vorname (Versicherter)	Geburtsdatum
----------------------------------	--------------

Beruf	beschäftigt bei	Telefon (geschäftlich)
-------	-----------------	------------------------

E-Mail Adresse _____

ja nein

- | | | |
|--|--|---|
| 1. Wurde der Patient schon einmal geröntgt? | O | O |
| 2. Wenn ja, war das innerhalb der letzten 12 Monate? | O | O |
| 3. Wenn ja, bei welchem Arzt, Zahnarzt, Krankenhaus? | _____ | |
| 4. Besteht zurzeit eine Schwangerschaft? | O | O |
| 5. Wie lange liegt der letzte Zahnarztbesuch zurück? | _____ Monate | |
| 6. War der Patient schon einmal in kieferorthopädischer Behandlung?
(wo _____) (seit wann _____) | O | O |
| 7. War der Patient schon einmal bei einen anderen
Kieferorthopäden zur Beratung und wurden dort diagnostische
Unterlagen erstellt? (wenn ja, wo _____) | O | O |
| 8. Hat einer der Eltern eine Zahnfehlstellung? | O | O |
| 9. Wie lange hat der Patient gelutscht? (Daumen, Schnuller usw.) _____Jahre | | |
| 10. Bestehen Auffälligkeiten bei der Aussprache und wurde deswegen
bereits ein Logopäde aufgesucht? | O | O |
| 11. Bestand bei der Entwicklung eine psychosomatische oder
körperliche Störungen?
(wenn ja, welche _____) | O | O |
| 12. Wann sind die ersten Milchzähne durchgebrochen? | O verfrüht o altersgemäß o verspätet | |

- | | <u>ja</u> | <u>nein</u> |
|--|-----------------------|-----------------------|
| 13. Hat der Patient vorzeitig Milchzähne verloren?
(wenn ja, wann _____, weshalb _____) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 14. Hat der Patient häufig Erkältungskrankheiten?
(Schnupfen, Angina, Bronchitis) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 15. Besteht hauptsächlich Mundatmung? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 16. Lagen schon Mund- oder Kieferoperationen, Unfälle vor?
(wenn ja, wann _____, was _____) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 17. Bestehen irgendwelche schwerwiegenden Erkrankungen?
(Rachitis, Diabetes, HIV, Hepatitis, Tuberkulose, Asthma,
Allergie, Epilepsie, Herzfehler, sonstige Erkrankungen)
(_____) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 18. Ist der Patient zurzeit in ärztlicher Behandlung?
(wenn ja, wo _____, weshalb _____) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 19. Wurden beim Patient ärztliche Eingriffe bei einem
HNO-Arzt durchgeführt? (Adenotomie, Tonsillektomie,
Tonsillotomie)
(wenn ja, wann _____, was _____) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 20. Werden regelmäßig Medikamente eingenommen?
(wenn ja, seit wann _____, welche _____) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 21. Nimmt der Patient Fluorpräparate (Fluoretten, Spülungen,
Speisesalz, Fluorgel)
(wenn ja, welche _____) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 22. Wird die Prophylaxe (anfärben der Zähne, Mundhygienekontrolle)
bei Ihrem Hauszahnarzt durchgeführt?
(Bitte informieren Sie uns bei Änderungen) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 23. Häusliche Verhältnisse
o Eltern o Großeltern o Heimerziehung | | |

Ich verpflichte mich, alle Änderungen, die während der gesamten Behandlungszeit auftreten, umgehend mitzuteilen. Ich bin damit einverstanden, dass meine behandelnde Kieferorthopädin meine Daten im Rahmen der gesetzlichen Fristen elektronisch speichert und wenn dies die Behandlung voraussetzt oder dem Wohl des Patienten dient, mit anderen Ärzten in Kontakt tritt und ggf. patientenrelevante Daten (z.B. Röntgenbilder, Befund etc.) austauscht. Ich bin mit der elektronischen Speicherung meiner Daten einverstanden. Ich bin damit einverstanden, dass meine behandelnde Kieferorthopädin meine Daten zur schriftlichen oder telefonischen Kontaktaufnahme nutzen darf. Auch können Ihre personenbezogenen Daten zu Zwecken der Qualitätssicherung herangezogen werden. Diese Einverständniserklärung kann jederzeit mündlich oder schriftlich gegenüber der Praxis widerrufen werden.

Datum: _____ Unterschrift Erziehungsberechtigter: _____