



## Patientenaufnahmebogen für Erwachsene

Herzlich willkommen in unserer kieferorthopädischen Fachpraxis in Korbach! Wir möchten uns mit Ihnen in Ruhe über Ihre kieferorthopädischen Wünsche unterhalten und Sie umfassend beraten. Dazu benötigen wir zu Ihrem ersten Termin neben Ihren Personalien, Auskünfte über Ihren Versicherungsstatus. Ihre Angaben werden streng vertraulich behandelt. Sie unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht gemäß §203 des StGB sowie den strengen Bestimmungen des Datenschutzes.

### Patient

Name: \_\_\_\_\_ Tel. Nr.: \_\_\_\_\_  
Vorname: \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_  
Straße, Nr. \_\_\_\_\_ e-Mail: \_\_\_\_\_  
PLZ/Ort: \_\_\_\_\_ Geb. Datum: \_\_\_\_\_  
Beruf: \_\_\_\_\_ Geb. Ort: \_\_\_\_\_  
Arbeitgeber: \_\_\_\_\_

### Versicherter

selbst versichert (Daten siehe oben)  familienversichert über:  
Name: \_\_\_\_\_ Tel. Nr.: \_\_\_\_\_  
Vorname: \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_  
Straße, Nr. \_\_\_\_\_ e-Mail: \_\_\_\_\_  
PLZ/Ort: \_\_\_\_\_ Geb. Datum: \_\_\_\_\_  
Beruf: \_\_\_\_\_ Geb. Ort: \_\_\_\_\_  
Arbeitgeber: \_\_\_\_\_

### Versicherungsart

Krankenkasse/ Versicherung: \_\_\_\_\_

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

### Weitere behandelnde Ärzte

Name des Zahnarztes: \_\_\_\_\_

Name des Hausarztes: \_\_\_\_\_

Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten per EDV gespeichert werden und ggf. an eine Abrechnungsgesellschaft weitergeleitet werden. Ich gebe mein Einverständnis, dass meine Röntgenbilder verschlüsselt per e-Mail an zahnärztliche oder ärztliche Kollegen zum Zweck der Weiterbehandlung versendet werden. Im Falle einer Praxis-Übergabe oder im Falle der Beschäftigung eines Vertreters bin ich damit einverstanden, dass die Karteikarte mit den persönlichen Daten an 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. Des Weiteren bin ich damit einverstanden, dass mir Rechnungen verschlüsselt per e-Mail zugestellt werden.

\_\_\_\_\_  
Datum                      Unterschrift



# Anamnesebogen für Erwachsene

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

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

## Allgemeine Gesundheitsangaben

• Bestehen allgemeinmedizinische Erkrankungen (Herz, Leber, Niere, Blutgerinnungsstörungen, Asthma, Zuckerkrankheiten) oder Infektionskrankheiten (Hepatitis, Aids, MRSA oder 4MRGN)?  ja  nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

• Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?  ja  nein

Welche und wozu? \_\_\_\_\_

• Bestehen Allergien oder Unverträglichkeiten?  ja  nein

Welche? \_\_\_\_\_

• Rauchen Sie?  ja  nein

## Fragen zur Röntgenuntersuchung

• Wurden Sie innerhalb der letzten 12 Monate im Kopf-/Kieferbereich geröntgt?  ja  nein

Wenn ja, wann und bei welchem Arzt? \_\_\_\_\_

• Bei Frauen: Besteht derzeit eine Schwangerschaft? Entbindungstermin? \_\_\_\_\_  ja  nein

## Fragen aus kieferorthopädischen Gründen

• Wurde schon einmal kieferorthopädisch behandelt? Wenn ja, wo und wann? \_\_\_\_\_  ja  nein

• Was stört Sie am meisten an Ihrer Zahn- und Kieferstellung? \_\_\_\_\_

• Was erhoffen Sie sich von der kieferorthopädischen Behandlung? \_\_\_\_\_

• Bestehen Kiefergelenksbeschwerden oder -knacken?  ja  nein

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

• Besteht oder bestand Zähneknirschen oder Zähnepressen? Bis wann? \_\_\_\_\_  ja  nein

• Gab es Unfälle mit Beteiligung der Zähne oder des Kiefers? Wenn ja, welche und wann? \_\_\_\_\_  ja  nein

• Besteht O Mundatmung oder O häufige Erkältung oder O Schnarchen? Zutreffendes bitte ankreuzen  ja  nein

• Waren Sie bereits in Behandlung bei einem Hals-Nasen-Ohrenarzt?  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 zur professionellen Zahnreinigung?  ja  nein

Eigene Anmerkungen: \_\_\_\_\_

Nach den Richtlinien unter Punkt 5 (Kieferorthopädie) Abs. 4 des Bundesausschusses der Zahnärzte und der gesetzlichen Krankenkassen vom 01. Januar 2004 gehören kieferorthopädische Behandlungen bei Versicherten, die zu Beginn der Behandlung das 18. Lebensjahr vollendet haben, **nicht** zur vertragszahnärztlichen Versorgung. Siehe auch § 28, Abs. 2 SGB V.

Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_