

Adress- und Versichertenbogen Erwachsene

Herzlich willkommen in der Praxis Ellen Wallbaum! Wir möchten uns mit Ihnen in Ruhe über Ihre kieferorthopädischen Wünsche unterhalten und Sie umfassend beraten. Dazu benötigen wir neben Ihren Personalien auch 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.

Patient

Name: _____ Telefonnummer: _____
 Vorname: _____ Mobil: _____
 Straße, Nr.: _____ Krankenkasse gesetzl.: _____
 PLZ/Ort: _____ Private Vers.: _____
 Geb. Datum: _____ Geb. Ort: _____

Name und Ort

Name und Ort

Versicherter

Name: _____ Vorname des Ehegatten: _____
 Vorname: _____ Geb. Datum: _____
 Geb. Datum: _____ Arbeitgeber: _____
 Arbeitgeber: _____ Beruf: _____
 Beruf: _____ Mobil: _____
 Tel. berufl. _____ E-Mail: _____

Versicherungsart

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

Name des Zahnarztes: _____

Name des Hausarztes: _____

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

Empfehlung von: Bekannte / Verwandte: _____ Arzt / Zahnarzt: _____

Name

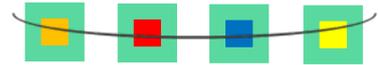
Name

Sonstiges: _____

Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten per EDV gespeichert werden. Im Falle einer Praxis-Übergabe oder im Falle der Beschäftigung eines Vertreters bin ich damit einverstanden, dass die Karteikarte mit den persönlichen Daten auf 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/Krankenhaus im Falle eines Zahlungsverzugs zum Zweck des Forderungseinzugs an einen Dritten (Inkassounternehmen) weitergegeben werden.

Datum

Unterschrift



Anamnesebogen Erwachsene

Allgemeine Gesundheitsangaben

- Bestehen allgemeinmedizinische Erkrankungen oder Infektionskrankheiten? ja nein
(Herz, Leber, Niere, Asthma, Rheuma, Blutgerinnungsstörungen, Zuckerkrankheiten, Hepatitis, HIV, etc.)
Wenn ja, welche? _____
- Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? ja nein
Welche und weshalb? _____
- Bestehen Allergien oder Unverträglichkeiten? ja nein
Welche? _____
- Haben Sie Blutgerinnungsstörungen? ja nein
- Gab es größere chirurgische Eingriffe oder Unfälle in den letzten Jahren? ja nein
Wenn ja, welche? _____
- Gab es Bluttransfusionen? ja nein
Wenn ja, wann? _____

Fragen zur Röntgenuntersuchung

- Wurden Sie innerhalb der letzten 12 Monate im Kopf-/Kieferbereich geröntgt? ja nein
- Bei Frauen: Besteht derzeit eine Schwangerschaft? ja nein

Fragen aus kieferorthopädischen Gründen

- Wurde schon einmal kieferorthopädisch behandelt? ja nein
Bei welchem Arzt? _____
- Wurde die Behandlung abgebrochen? ja nein
- Haben Sie Kopfschmerzen? ja nein
Wenn ja, wie oft? _____
- Haben Sie Nackenschmerzen? ja nein
Wenn ja, wie oft? _____
- Haben Sie Rückenschmerzen? ja nein
Wenn ja, wie oft? _____
- Haben Sie Kiefergelenkknacken, Kiefergelenkreiben oder eine eingeschränkte Mundöffnung? ja nein
Wenn ja, was, wie oft und wobei? _____
- Haben Sie Druck auf den Ohren oder Tinnitus? ja nein
Wenn ja, was, wie oft und wobei? _____
- Bestehen Schmerzen im Gesichtsbereich oder beim Kauen? ja nein
Welche? _____
- Besteht oder bestand Zähneknirschen oder Zähnepressen? ja nein
Bis wann? _____
- Gab es Unfälle mit Beteiligung der Zähne oder des Kiefers, des Nackens oder Rückens? ja nein
Wenn ja, welche? _____

- Bestehen Mundatmung, häufige Erkältungen oder Schnarchen? ja nein
Was? _____
- Bestand oder besteht Zungenpressen, Lippenbeißen, Nägelkauen, Stiftekauen? ja nein
Bis wann? _____
- Was ist ihr Hauptanliegen weshalb Sie unsere Praxis aufsuchen?

- Eine kieferorthopädische Behandlung erstreckt sich in der Regel über einen längeren Zeitraum (durchschnittlich 3 Jahre). Werden Sie in den nächsten Jahren im Einzugsbereich von Worpsswede wohnen bleiben? ja nein
Wenn nein, ist ein Umzug geplant? Wann? _____
- Kann eine regelmäßige Kontrolle der Behandlungsapparatur (ca. alle 4-8 Wochen) sichergestellt werden? ja nein

Ich versichere mit meiner Unterschrift die Angaben nach bestem Wissen gemacht zu haben.

Datum

Unterschrift