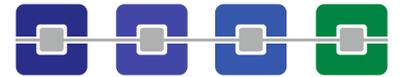


Anamnesebogen Erwachsene

Kieferorthopädie Nordstraße



Dr. med. dent. Mahssa Tehrani
Fachzahnärztin für Kieferorthopädie

Patient

Name	Vorname	Geb.-Datum		
Straße	Telefon			
PLZ	Mobil			
Ort	E-Mail			
Beruf	Arbeitgeber			
Krankenkasse	Geschäftsstelle			
Hauszahnarzt	Hausarzt			
Versichertenstatus	<input type="radio"/> gesetzlich	<input type="radio"/> freiwillig	<input type="radio"/> privat	<input type="radio"/> Beihilfe
Empfohlen / Überwiesen durch				

Röntgen

Wurden Sie schon einmal im Kopf-/Kiefer-/Zahnbereich geröntgt?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Falls ja, war das innerhalb der vergangenen 12 Monate?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Falls ja, bei welchem Arzt / Krankenhaus?		
Besteht zur Zeit eine Schwangerschaft?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Wann war der letzte Zahnarztbesuch?		

Zahnärztliche Anamnese

Hat andernorts bereits eine kieferorthopädische BERATUNG stattgefunden?	<input type="radio"/> ja, bei	<input type="radio"/> nein		
Hat andernorts bereits eine kieferorthopädische BEHANDLUNG stattgefunden?	<input type="radio"/> ja, von	bis	bei	<input type="radio"/> nein
Hab Sie Kiefergelenkbeschwerden oder Gelenkknacken?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein		
Wurde bei Ihnen eine Zahnfleischbehandlung durchgeführt?				
Glauben Sie, mit den Zähnen zu knirschen?				
Beobachten Sie Zahnwanderungen?				
Schnarchen Sie?				

Medizinische Anamnese

Sind Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung?

ja nein

Falls ja, weshalb?

Müssen Sie regelmäßig Medikamente einnehmen?

ja, und zwar

nein

Bestehen irgendwelche schwerwiegenden Krankheiten, Allergien oder Infektionen, wie z.B. MRSA, Rachitis, Diabetes, Tuberkulose, Asthma, Epilepsie, Herzfehler, AIDS, Gelbsucht, Blutungsneigung, Creutzfeldt-Jacob-Krankheit, Hepatitis, sonst. Erkrankungen?

ja, und zwar _____ nein

Terminreminderung per SMS oder E-Mail gewünscht?

ja, an:

nein

Ich bestätige, auf diesem Fragebogen erstellte Angaben ehrlich und besten Wissens mitgeteilt zu haben. Ich verpflichte mich, eintretende Änderungen (Gesundheitszustand, Schwangerschaft, Krankenkassenwechsel, Wohnanschrift etc.) unverzüglich mitzuteilen. Krankenkassenangehörige sind verpflichtet, die Versicherungskarte vor Inanspruchnahme der ersten Behandlung bzw. in jedem neuen Quartal abzugeben, spätestens jedoch innerhalb von 10 Tagen nachzureichen.

Vereinbarung gelesen

Ort, Datum, Unterschrift

Einverständniserklärung medizinisch bedingter Datenübertragung

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass meine angefertigten Unterlagen (z.B. Modelle, Röntgenbilder, Fotos, Anamnese) an andere Ärzte oder Gutachter weitergeleitet werden dürfen, sofern diese dem Fortschritt oder der Verbesserung der Behandlung dienen.

Einverständniserklärung gelesen

Ort, Datum, Unterschrift

Einverständniserklärung praxisbezogener Datennutzung

Ich erkläre mich hiermit einverstanden, dass im Rahmen der Behandlung in der Praxis Dr. Mahssa Tehrani gemachte Abbildungen von mir in anonymisierter Form veröffentlicht werden können. Mir ist bekannt, dass die Abbildungen zum Beispiel auf der Webpräsenz der Praxis oder in sonstiger Weise im Rahmen von wissenschaftlichen Präsentationen veröffentlicht und für sonstige Marketingzwecke der Praxis genutzt werden können. Ich kann diese Einwilligung jederzeit durch schriftliche Erklärung gegenüber der Praxis Dr. Mahssa Tehrani mit sofortiger Wirkung widerrufen.

Einverständniserklärung gelesen

Ort, Datum, Unterschrift

Die von Ihnen gemachten Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht gemäß § 203 des Strafgesetzbuches sowie den strengen Bestimmungen des Datenschutzgesetzes bzw. der DSGVO. Die Daten werden für praxisinterne Zwecke mit einer EDV-Anlage erfasst. Weiterhin behalten wir uns vor, die Liquidation durch die zahnärztliche Verrechnungsstelle Rhein Ruhr vornehmen zu lassen.

Privat versicherte Patienten

Bitte reichen Sie den Behandlungsplan innerhalb der Frist von 2 Wochen bei Ihrem Kostenträger ein

Gesetzlich versicherte Patienten

Bei Abrechnung über die gesetzliche Krankenversicherung müssen Sie bei allen kieferorthopädischen Leistungen 20% der Rechnungssumme für Ihre Krankenkasse vorstrecken. Dieser Eigenanteil wird von Ihrer Krankenkasse nach erfolgreich abgeschlossener Behandlung zurückerstattet. Diese Regelung für den Eigenanteil gilt auch schon für die Anfangsdiagnostik. Daher ist es möglich, dass Sie schon vor dem eigentlichen Behandlungsbeginn eine Rechnung erhalten. Die notwendigen Details zu Behandlungsablauf und Kostenregelung werden Ihnen in einem Besprechungstermin detailliert dargestellt.