

Anamnesebogen für Erwachsene

Herzlich willkommen in der Kieferorthopädie Nordstraße. Wir möchten uns mit Ihnen in Ruhe über Ihre kieferorthopädischen Wünsche unterhalten und Sie umfassend beraten. Dazu benötigen wir für den Beratungstermin neben Ihren Personalien auch medizinische Auskünfte. Wir nehmen Ihre Angaben selbstverständlich diskret entgegen.

Kieferorthopädie Nordstraße



Dr. med. dent. Mahssa Tehrani
Fachzahnärztin für Kieferorthopädie

Patient

(Zahlungspflichtiger Rechnungsempfänger)

Name:	
Vorname:	
Geburtsdatum:	
Straße, Nr.:	
PLZ/Ort:	
Zahnarzt	

Tel. privat:	
Mobil:	
E-Mail privat:	
Beruf:	
Krankenkasse:	

Terminerinnerung per SMS oder E-Mail gewünscht

Ja Nein

Versicherungsart

- gesetzl. versichert privat versichert
 Beihilfe Zusatzversicherung für Kieferorthopädie

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

- Empfohlen, überwiesen durch

Zahnärztliche Anamnese

Hat andernorts bereits eine kieferorthopädische BERATUNG stattgefunden? Ja, bei

Nein

Hat andernorts bereits eine kieferorthopädische BEHANDLUNG stattgefunden? Ja, von

bis

bei

Nein

Haben Sie Kiefergelenkbeschwerden oder Gelenkknacken?

Ja Nein

Wurde bei Ihnen eine Zahnfleischbehandlung (Parodontose) durchgeführt?

Ja Nein

Glauben Sie, mit den Zähnen zu knirschen oder zu pressen?

Ja Nein

Beobachten Sie Zahnwanderungen?

Ja Nein

Schnarchen Sie?

Ja Nein

Wann und wo war Ihr letzter Zahnarztbesuch:

Bestehen häufig Kopfschmerzen, Schmerzen im Gesichtsbereich oder beim Kauen?

Ja Nein

Gab es Unfälle mit Beteiligung der Zähne oder des Kiefers? Ja

Nein

Besteht Mundatmung oder häufige Erkältung oder Schnarchen?

Ja Nein

Medizinische Anamnese

Bestehen allgemeinmedizinische Erkrankungen, Asthma, Epilepsie, Herzfehler, Diabetis, Rachitis, Blutungsneigung, orthopädische Befunde, oder Infektionskrankheiten (z.B. Hepatitis, Tuberkulose, MRSA, Creutzfeldt-Jakob, HIV)?

Ja Nein

Wenn ja, welche?

Nehmen Sie Medikamente ein?

Ja Nein

Wenn ja, welche?

Bestehen bei Ihnen Allergien/Unverträglichkeiten, z.B. Nickel oder Latex?

Ja Nein

Wenn ja, welche?

Wurde bei Ihnen eine logopädische Behandlung durchgeführt?

Ja Nein

Röntgenuntersuchung

Sind Sie schon einmal im Kopf-, Kiefer- oder Zahnbereich geröntgt wurden? Ja Nein

Wenn ja, wann und wo?

Hinweis: Unsere modernen Geräte gewährleisten eine möglichst geringe Strahlendosis.

Bei Frauen: Besteht derzeit eine Schwangerschaft? Ja Nein

Helfen Sie uns, Sie besser kennenzulernen

Warum sind Sie zu uns gekommen und was können wir für Sie tun?

Vielen Dank für Ihre Mithilfe. Wir werden uns bemühen Ihren Aufenthalt bei uns so angenehm wie möglich zu gestalten. Diese Angaben sind für eine vertrauliche Zusammenarbeit wie auch eine sachgerechte medizinische Behandlung erforderlich. Ihre Angaben werden streng vertraulich behandelt. Sie unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht gemäß § 203 des Strafgesetzbuches sowie den strengen Bestimmungen des Datenschutzgesetzes. Nur im Rahmen der Zusammenarbeit mit einer Abrechnungsgesellschaft werden abrechnungsspezifische Daten an diese weitergegeben.

Moderne Kieferorthopädie bedarf, wie alle medizinischen Bereiche, der Teamarbeit. Daher werden Teilleistungen auch von aus- und fortgebildeten Zahnärzthelferinnen nach vorheriger individueller Anordnung durch den Kieferorthopäden und unter dessen Aufsicht, Überwachung und Kontrolle erbracht.

Einverständniserklärung medizinisch bedingter Datenübertragung

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass meine angefertigten Unterlagen (z.B. Modelle, Röntgenbilder, Fotos, Anamnese) an andere Ärzte, Labore 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

Für privat versicherte Patienten

Bitte reichen Sie den Behandlungsplan innerhalb der Frist von 2 Wochen bei Ihrem Kostenträger ein. Zu Behandlungsbeginn reichen Sie die Zusageerklärung Ihrer Kostenträger bei uns ein.

Für gesetzlich versicherte Patienten

Krankenkassenangehörige sind verpflichtet, die Versicherungskarte vor Inanspruchnahme der ersten Behandlung bzw. in jedem neuen Quartal abzugeben, spätestens jedoch vor der Rechnungserstellung. 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.

Für alle Patienten

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.

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.

Datenschutzinformationen erhalten

Ich bestätige hiermit diesen Anmeldebogen sorgfältig gelesen zu haben und die Fragen nach meinem besten Wissen und wahrheitsgemäß beantwortet zu haben.

Datum

Unterschrift Patient/in