

ANAMNESEBOGEN



Praxis Dr. Scheunchen
MSc. **KIEFERORTHOPÄDIE**

Liebe/r Patient/in,

Sehr geehrte Eltern,

neben den Angaben zu Ihrer Person/zu Ihrem Kind benötigen wir für die optimale Behandlung auch Auskünfte über den allgemeinen Gesundheitszustand.

Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Persönliches (Patient/in)

Name/Vorname _____ geb. _____

Str./Nr. _____ PLZ/Ort _____

Tel. privat _____ Tel. mobil* _____

E-Mail* _____

* = freiwillige Angabe

Krankenkasse / private Krankenversicherung: _____

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="radio"/> privat versichert | <input type="radio"/> beihilfeberechtigt | <input type="radio"/> Basistarif |
| <input type="radio"/> gesetzlich versichert | <input type="radio"/> freiwillig GKV versichert | <input type="radio"/> Zusatzversicherung |

Wer ist Versicherter?

Name/Vorname _____ geb. _____

Falls abweichend von Adresse des/der Patienten/Patientin:

Str./Nr. _____ PLZ/Ort _____

Wer ist Ihr allgemeiner Zahnarzt?

Name _____ Ort _____

<p>Grund für Ihren Besuch:</p> <p><input type="radio"/> Beratung</p> <p><input type="radio"/> Weiterbehandlung</p> <p><input type="radio"/> andere Gründe: _____</p> <p>Speziell kieferorthopädische (kfo.) Fragen:</p> <p><u>W</u>ar Ihr Kind schon in kfo. Behandlung oder Beratung? <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein Falls ja: Bei wem? In welchem Zeitraum? _____</p> <p><u>W</u>aren oder sind Geschwister in kfo. Behandlung? <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein Falls ja, wo? _____</p>	<p><u>H</u>at der/die Patient/in ...</p> <p><input type="radio"/> Daumen gelutscht <input type="radio"/> Schnuller genutzt</p> <p>Falls ja, wie lange? _____</p> <p><u>L</u>iegt Folgendes vor?</p> <p>vorwiegend Mundatmung <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein</p> <p>(nächtliches) Zähneknirschen <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein</p> <p>frühere Logopädie-Behandlung <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein</p> <p><u>W</u>urden die Mandeln <input type="radio"/> und/oder Polypen <input type="radio"/> entfernt? <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein</p> <p>Falls ja, wann? _____</p> <p><u>H</u>atte der/die Patient/in einmal einen Unfall oder eine Operation? <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein</p> <p>Falls ja, wo und wann? _____</p>
--	---

<p>Bestehen Allergien (z.B. Nickel)? <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein</p> <p>Falls ja, welche? _____</p> <p>Leidet Ihr Kind an Erkrankungen der/des ...</p> <p>Herzens oder Kreislaufs <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein</p> <p>Schilddrüse <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein</p> <p>Hals-/Nasen-/Ohrenbereich <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein</p> <p>Atemwege/Lunge <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein</p> <p>Wirbelsäule <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein</p> <p>Wann wurden von Ihrem Kind zuletzt im Kopf-Kiefer-Zahnbereich Röntgenbilder angefertigt?</p> <p><input type="radio"/> noch nie <input type="radio"/> _____</p> <p>Für unsere Patientinnen:</p> <p>Sind Sie schwanger? <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein</p> <p>Falls ja: In welcher Woche sind Sie? _____</p>	<p>Hat oder hatte Ihr Kind ...</p> <p>... Zahnfleischbluten <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein</p> <p>... Diabetes <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein</p> <p>... Ohrensausen/Tinnitus <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein</p> <p>... sonstige Erkrankungen/Infektionen:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Medikamente:</p> <p>Nimmt Ihr Kind Medikamente ein? <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein</p> <p>Falls ja: Welche Medikamente? _____</p> <p>Sind bei dem/der Patient/in jemals Medikamentenunverträglichkeiten aufgetreten? <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein</p> <p>Falls ja: Bei welchen Medikamenten? _____</p> <p>_____</p>
--	---

In eigener Sache (freiwillige Angaben)

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

- von Bekannten empfohlen Internet, über die Seite _____
- Überweisung Sonstiges: _____

Terminerinnerung als Service für Sie

Möchten Sie von uns per SMS oder E-Mail an Ihre Termine erinnert werden? ja nein

Falls ja: per SMS per E-Mail

Organisatorisches

- Ich verpflichte mich, über alle Änderungen, die sich während der gesamten Behandlungszeit ergeben, umgehend mitzuteilen.
- Des Weiteren verpflichte ich mich, vereinbarte Behandlungstermine einzuhalten bzw. mindestens 24 Std. vor dem vereinbarten Termin abzusagen. Mir ist bekannt, dass nicht bzw. nicht rechtzeitig abgesagte Termine in Rechnung gestellt werden können.
- Wenn die Versicherungskarte vergessen wird können Sie diese innerhalb von 10 Tagen nachreichen, ansonsten kann von Ihnen gemäß § 8 Absatz 2 BMV-Z eine Privatvergütung für die Behandlung verlangt werden.

_____, den _____
(Ort) (Datum)

Unterschrift: _____
(volljährige/r Patient/in oder Erziehungsberechtigte/r)