|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **A****namnesebogenKINDER/JUGENDLICHE** | | | |  |  |  | |  |
| Herzlich willkommen bei uns: echt.schee.grod. Kieferorthopädie Dr. Nina Doyé. Wir möchten uns mit Ihnen in Ruhe über Ihre kieferorthopädischen Wünsche unterhalten und umfassend beraten. Dazu benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über den allgemeinen Gesundheitszustand. | | | | | | | | |
| **1. Patient/in** | | |  |  |  |  | |  |
| Name: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |  | Geb.datum: | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |
| Vorname: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |  | Tel. privat: | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |
| Straße, Nr.: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |  | Mobil: | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |
| PLZ/Ort: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |  | E-Mail: | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |
|  | |  |  |  |  |  | |  |
| **2. Versicherter/Erziehungsberechtigter** | | | |  | **Weiterer Erziehungsberechtigter** | | | |
| Rechnungsempfänger/in: | | |  Ja  Nein | | Rechnungsempfänger/in: | | |  Ja  Nein |
| Name: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |  | Name: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |
| Vorname: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |  | Vorname: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |
| Geb.datum: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |  | Geb.datum: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |
| Straße, Nr.: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |  | Straße, Nr.: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |
| PLZ/Ort: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |  | PLZ/Ort: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |
| Tel. privat: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |  | Tel. privat: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |
| Mobil: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |  | Mobil: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |
| E-Mail: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |  | E-Mail: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |
|  | |  |  |  |  |  | |  |
| **3. Versicherungsart** | | |  |  |  |  | |  |
| gesetzlich versichert | | |  |  |  Beihilfe |  | |  |
|  freiwillig versichert | | |  |  |  Zusatzversicherung für Kieferorthopädie | | | |
|  privat voll-versichert | | |  |  |  Postbeamtenkrankenkasse | | |  |
|  Basistarif einer privaten Versicherung | | | |  |  |  | |  |
|  | |  |  |  |  |  | |  |
| Name der/des behandelnden Zahnärztin/-arztes: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | |
| Wie sind Sie auf die Praxis aufmerksam geworden (Bekannte, Verwandte, Internet, Sonstige)? | | | | | | | | |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | |
|  | |  |  |  |  |  | |  |
| **4. Anamnese** | | |  |  |  |  | |  |
| Bestehen allgemeinmedizinische Erkrankungen (Herz-, Leber-, Niere-, | | | | | |  Ja | | Nein |
| Blutgerinnungsstörungen, Diabetes, Atemwege)? | | | | | |  | |  |
| Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | |
|  | |  |  |  |  |  | |  |
| Bestehen Infektionskrankheiten (HIV/Aids, Hepatitis, Tuberkulose)? | | | | | |  Ja | | Nein |
| Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | |
|  | |  |  |  |  |  | |  |
| Ist Ihr Kind in ärztlicher Behandlung? | | | |  |  |  Ja | | Nein |
| Wenn ja, weshalb und wo? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | |
| Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein? | | | | |  |  Ja | |   Nein |
| Wenn ja, welche?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | |
|  | |  |  |  |  |  | |  |
| Bestehen Allergien/Unverträglichkeiten? | | | |  |  |  Ja | | Nein |
| Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | |
|  | |  |  |  |  |  | |  |
| Besteht Mundatmung oder Schnarchen? | | | |  |  |  Ja | | Nein |
| Wenn ja, was? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | |
|  | |  |  |  |  |  | |  |
| Ist Ihr Kind in HNO-ärztlicher Behandlung? | | | |  |  |  Ja | | Nein |
| Wenn ja, warum? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | |
|  | |  |  |  |  |  | |  |
| Besteht Knirschen, Pressen, Lippenbeissen, Nägelkauen, Bleistift- | | | | | |  Ja | | Nein |
| kauen oder Daumenlutschen? | | |  |  |  |  | |  |
| Wenn ja, was? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | |
|  | |  |  |  |  |  | |  |
| War oder ist Ihr Kind in logopädischer Behandlung? | | | | | |  Ja | | Nein |
| Wenn ja, warum? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | |
|  | |  |  |  |  |  | |  |
| Betreibt Ihr Kind eine Kontaktsportart (Boxen, Eishockey, American | | | | | |  Ja | | Nein |
| Football; Fußball, Hand-, Volley-, Basketball, Rugby, Feldhockey, | | | | | | | |  |
| Kampfsportarten)? | | |  |  |  |  | |  |
| Wenn ja, was? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | |
|  | |  |  |  |  |  | |  |
| **Bei Veränderung des Gesundheitszustandes bitten wir um sofortige Benachrichtigung.** | | | | | | | | |
|  | |  |  |  |  |  | |  |
| **5. Informationen zu Terminversäumnissen** | | | |  |  |  | |  |
| Ich verpflichte mich, vereinbarte Termine einzuhalten oder mindestens 1 Tag im Voraus abzusagen. Andernfalls können daraus entstehende Kosten für die im Termin vereinbarte Behandlung in Rechnung gestellt werden. | | | | | | | | |
| Datum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | |  | Unterschrift: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | |
| **6. Datenschutz** | | |  |  |  |  | |  |
| Ihre Angaben werden streng vertraulich behandelt. Grundlage unseres Handelns sind die Be-stimmungen des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG), der EU-Datenschutzverordnung (EU-DSGVO) sowie die Vorgaben zur ärztlichen Schweigepflicht. Bitte haben Sie daher auch Verständnis, dass Mobiltelefone im Behandlungszimmer nicht verwendet werden dürfen. | | | | | | | | |
| Datum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | |  | Unterschrift: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | |
| **7. Weitergabe von Daten und Unterlagen an die/den Hauszahnärztin/Hauszahnarzt** | | | | | | | | |
| Mit der Anfertigung von Röntgenbildern und Fotos zu diagnostischen zwecken bin ich einverstanden. Ich bin mit der Auskunft über den geplanten Behandlungsablauf (z.B. Arztbrief) sowie bei Bedarf meiner Röntgenbilder/Fotos an weitere Leistungserbringer (Zahnärztin/-arzt, Mit-/Weiterbehandler, Krankenhäuser etc.) einverstanden. | | | | | | | | |
| Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich die abgedruckten Informationen gelesen und verstanden habe. | | | | | | | | |
| Datum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | |  | Unterschrift: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | |