

Liebe Patientin, lieber Patient, liebe Eltern!

Herzlich willkommen in unserer Praxis! Gerne möchten wir uns mit Ihnen und Ihrem Kind in Ruhe über Ihre kieferorthopädischen Wünsche unterhalten und Sie ausführlich beraten. Dazu benötigen wir neben Ihre Personalien Auskünfte über den allgemeinen Gesundheitszustand. Ihre Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht sowie den Bestimmungen des Datenschutzes und werden streng vertraulich behandelt. Vielen Dank.



Dr. Diana Ryll
KIEFERORTHOPÄDIE

Anmeldebogen

Seite 1 von 2

Patient:

Name: _____ Telefon: _____
Vorname: _____ weibl. männl. Geb. Datum: _____
Straße, Nr. _____ Geb. Ort: _____
PLZ, Ort. _____ Krankenkasse: _____
Mail: _____ Mobil: _____

Versicherter/Zahlungspflichtiger:

Name: _____
Vorname _____
Geb. Datum _____
Beruf _____
Straße, Nr.: _____
Telefon/mobil: _____

weitere(r) Erziehungsberechtigte(r)

Name _____
Vorname: _____
Geb. Datum: _____
Beruf: _____
PLZ, Ort _____

Versicherungsart:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Gesetzlich versichert | <input type="checkbox"/> Basistarif einer privaten Versicherung |
| <input type="checkbox"/> Freiwillig versichert | <input type="checkbox"/> Zusatzversicherung für Kieferorthopädie |
| <input type="checkbox"/> Privat voll-versichert | <input type="checkbox"/> Beihilfe |

Behandelnde Ärzte: (Name):

Zahnarzt: _____ Orthopäde: _____
Kinder-/Hausarzt: _____ HNO: _____

Kontakt: Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

- | | | |
|---------------------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> Zahnarzt | <input type="checkbox"/> Internet | <input type="checkbox"/> Telefonbuch |
| <input type="checkbox"/> Praxisschild | <input type="checkbox"/> Freunde/Bekannte | <input type="checkbox"/> Sonstiges _____ |

Datenschutz / Einwilligung in die Speicherung der Patientendaten

Wir freuen uns über Ihr Interesse an unserer Praxis und unseren Dienstleistungen. Wir nehmen den Schutz Ihrer personenbezogener Daten sehr ernst. Grundlage unseres Handelns sind die Bestimmungen des Bundesdatenschutzgesetzes. Durch technische und organisatorische Maßnahmen schützen wir Ihre persönlichen Daten vor unerlaubtem Zugriff, Verwendung oder Veröffentlichung. Ihre persönlichen Daten verwenden wir nur im Rahmen Ihrer ärztlichen Behandlung und Beratung. Ihre Daten unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Unsere Mitarbeiter sind von uns zur Verschwiegenheit und zur Einhaltung der Bestimmungen des Bundesdatenschutzgesetzes verpflichtet. Ihre personenbezogenen Daten werden nicht an Dritte weitergegeben, sondern nur intern gespeichert.

Bitte teilen Sie uns Änderungen Ihrer Anschrift oder anderer Angaben rechtzeitig mit!



Bitte wenden!

Liebe Patientin, lieber Patient, liebe Eltern!

Bitte nehmen Sie sich die Zeit und füllen Sie auch den zweiten Teil dieses Anmeldebogens gewissenhaft und gut lesbar aus. Danke!



Dr. Diana Ryll
KIEFERORTHOPÄDIE

Anmeldebogen

Seite 2 von 2

Allgemeine Gesundheitsfragen

Bestehen allg.-medizinische Erkrankungen (Herz, Leber, Niere, Blutgerinnungsstörung, Epilepsie, Asthma, Zuckerkrankheiten) oder Infektionskrankheiten (Hepatitis, Aids)? ja nein

Wenn ja, welche? _____

Werden regelmäßig Medikamente eingenommen? ja nein

Welche und wozu? _____

Bestehen Allergien oder Unverträglichkeiten? ja nein

Wenn ja, welche? _____

Fragen zur Röntgenuntersuchung?

Wurde innerhalb der letzten 12 Monate im Kopf- / Kieferbereich geröntgt? ja nein

Bei weiblichen Patientinnen: Besteht derzeit eine Schwangerschaft? ja nein

Fragen aus kieferorthopädischer Sicht?

Fand schon einmal eine kieferorthopädische Behandlung statt? ja nein

Wann und bei welchem Arzt? _____

Bestehen Kiefergelenksbeschwerden oder-knacken? ja nein

Wird nachts mit den Zähnen geknirscht? ja nein

Gab es Unfälle mit Beteiligung der Zähne und/oder des Kiefers? ja nein

Wenn ja, welche? _____

Besteht Mundatmung, häufige Erkältung oder Schnarchen? ja nein

Was? _____

Waren Sie in Behandlung eines Hals-Nasen-Ohrenarztes? ja nein

Wenn ja, was wurde gemacht? Entfernung der Mandeln Entfernung der Polypen

Sonstiges: _____

Bestand oder besteht Zungenpressen, Lippenbeißen, Nägelkauen, Bleistiftkauen? ja nein

Besteht ein Sprachfehler (z.B. Lispeln) oder wurde bereits eine logopädische Behandlung durchgeführt? ja nein

Wenn ja, wann? _____

Bestand oder besteht Daumenlutschen, Nägelkauen oder wurde/wird noch ein Schnuller genommen? ja nein

Wenn ja, bis wann? _____

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben.

Ort, Datum

(Unterschrift des Patienten bzw. aller Erziehungsberechtigten,
bei alleinigem Sorgerecht bitte Nachweis)

Bitte teilen Sie uns Änderungen Ihrer Anschrift oder andere Angaben rechtzeitig mit!