

Anmeldebogen für gesetzlich versicherte Erwachsene

Dr. med. dent. A. Sellert
Dr. med. dent. D. Smaragdis



LIEBE PATIENTEN,

willkommen in unserer Praxis! Bevor wir uns in Ruhe über Ihre Wünsche unterhalten, benötigen wir genaue Angaben zu Ihrer Person und über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand, der Auswirkungen auf eine kieferorthopädische Behandlung haben könnte. Deswegen bitten wir Sie, diesen Erhebungsbogen sorgfältig auszufüllen. Er wird Ihren persönlichen Unterlagen angefügt und unterliegt selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht unserer Praxis. Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie die Richtigkeit und Vollständigkeit Ihrer Angaben und dass Sie uns Änderungen zeitnah mitteilen. Vielen Dank.

PERSÖNLICHES

Nachname

Vorname

Geburtsdatum

Geschlecht

M W D

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Telefon privat _____

Mobiltelefon _____

E-Mail _____

ANGABEN ZU IHRER VERSICHERUNG

Krankenversicherung

Sind Sie beihilfeberechtigt? Ja Nein

Haben Sie eine Zusatzversicherung für Kieferorthopädie? Ja Nein

Wenn ja, bei wem? _____

AUFKLÄRUNG ÜBER DIE ABRECHNUNG KIEFERORTHOPÄDISCHER LEISTUNGEN

Nach Vollendung des 18. Lebensjahres haben Sie gemäß §28 Absatz 2 SGB V keinen Anspruch auf die Übernahme kieferorthopädischer Behandlungskosten durch Ihre gesetzliche Krankenversicherung. Sollte allerdings eine Fehlstellung vorliegen, die mit einer kombiniert kieferorthopädisch – kieferchirurgischen Therapie zu korrigieren ist und die die KIG Vorgaben der gesetzlichen Krankenkasse erfüllt, kann eine Behandlung bei der gesetzlichen Krankenversicherung beantragt werden.

Die kieferorthopädische Erstuntersuchung und Erstberatung wird Ihnen nicht in Rechnung gestellt. Sollten Kosten zum Beispiel für diagnostische Unterlagen anfallen, werden Sie vorher darüber schriftlich informiert.

WER IST IHR ZAHNARZT?

Name

Telefon _____

Praxisadresse

BITTE WENDEN 

Anamnesebogen für Erwachsene

Dr. med. dent. A. Sellert
Dr. med. dent. D. Smaragdís



ANGABEN ZUR ALLGEMEINGESUNDHEIT

- 1 Allergien / Unverträglichkeiten** Ja Nein
(z.B. Latex, Nickel, Schmerzmittel, Antibiotika)
Wenn ja, welche? _____
- 2 Herz-Kreislauferkrankungen** Ja Nein
Wenn ja, welche? _____
- 3 Lungen- und Atemwegserkrankungen** Ja Nein
(z.B. Asthma, COPD, Schlafapnoe)
Wenn ja, welche? _____
- 4 Infektionskrankheiten** Ja Nein
(z.B. Hepatitis, HIV, Tbc, MRSA resistente Keime, Creutzfeldt-Jakob/Varianten)
Wenn ja, welche? _____
- 5 Bluterkrankungen** Ja Nein
(z.B. Gerinnungsstörungen)
Wenn ja, welche? _____
- 6 Stoffwechselerkrankungen** Ja Nein
(z.B. Diabetes, Schilddrüsenunterfunktion)
Wenn ja, welche? _____
- 7 Epilepsie** Ja Nein
- 8 Sonstige physische/psychische Einschränkungen** Ja Nein
Wenn ja, welche? _____
- 9 Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?** Ja Nein
(z.B. Bisphosphonate zur Osteoporose-Prophylaxe)
Wenn ja, welche? _____
- 10 Besteht eine Schwangerschaft?** Ja Nein
Wenn ja, welche Schwangerschaftswoche? _____

FRAGEN ZUR ZAHNGESUNDHEIT

- 11 Waren Sie in letzter Zeit beim Zahnarzt?** Ja Nein
Wenn ja, wann? _____
- 12 Wurden Röntgenaufnahmen angefertigt?** Ja Nein
Wenn ja, wann? _____
Wenn ja, welche Aufnahmen wurden angefertigt?
 PSA Zahnfilm Sonstiges: _____
- 13 Gab es einen Unfall mit Zahnbeteiligung?** Ja Nein
Wenn ja, wann? _____
- 14 Gab es Knochenbrüche im Kiefer/Gesicht?** Ja Nein
Wenn ja, welche? _____
- 15 Haben Sie Kiefergelenkprobleme?** Ja Nein
Wenn ja, welche? _____
- 16 Wurden Sie bereits kieferorthopädisch beraten?** Ja Nein
Wenn ja, wann? _____
- 17 Waren oder sind Sie schon in kieferorthopädischer Behandlung?** Ja Nein
Wenn ja, (seit) wann? _____
.....

WAS ERWARTEN SIE VON EINER KIEFERORTHOPÄDISCHEN BEHANDLUNG

- 18 Verbesserung der Ästhetik** Ja Nein
Wenn ja, was stört Sie? _____
- 19 Beseitigung von Funktionsproblemen** Ja Nein
(z.B. Zähneknirschen, Knacken/Schmerzen im Kiefergelenk, Probleme beim Abbeißen/Kauen)
Wenn ja, welche? _____
- 20 Verbesserung der Allgemeingesundheit** Ja Nein
(z.B. Migräne, Nackenverspannungen, Schnarchen, Schlafapnoe)
Wenn ja, welche? _____

Datum

Unterschrift Patient*in



PERSÖNLICHE DATEN

Nachname, Vorname

Geburtsdatum

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Ich bin damit einverstanden, dass die kieferorthopädische Praxis Dr. Sellert & Dr. Smaragdis die für meine Behandlung erforderlichen Daten speichert und Befunde bei meinem Hauszahnarzt, Kieferchirurgen, Logopäden und bei anderen Leistungserbringern, bei denen ich in Behandlung bin oder war, einholt. Dazu zählen Anamnesen, Diagnosen, Therapien und Röntgenaufnahmen. Die betreffenden Praxen sind verpflichtet, diese Daten weiterzuleiten. Die Praxis Dr. Sellert & Dr. Smaragdis darf diese Informationen nur zur Dokumentation und weiteren Behandlungsplanung bzw. Behandlung verwenden. Es ist mir bekannt, dass ich diese Einverständniserklärung jederzeit ganz oder teilweise widerrufen kann.

Ich bin damit einverstanden, dass die kieferorthopädische Praxis Dr. Sellert & Dr. Smaragdis meine Behandlungsdaten und Befunde an meinen Hauszahnarzt, Logopäden, Kieferchirurgen und an andere Leistungserbringer, bei denen ich in Behandlung bin, weiterleitet. Dazu zählen Arztbriefe, Anamnesen, Diagnosen, Therapien und Röntgenaufnahmen. Es ist mir bekannt, dass ich diese Einverständniserklärung jederzeit ganz oder teilweise widerrufen kann.

Den Erhalt des Informationsblattes zur Erhebung personenbezogener Daten bestätige ich hiermit.

Datum

Unterschrift Patient*in