

Persönliche Daten

Patient/in

Anmeldebogen Kinder & Jugendliche

Name Vorname

Geburtsdatum **Telefon**

PLZ, Ort, Straße

Krankenversicherung

Versichert über Vater Mutter andere Beihilfeberechtigt ja nein

Zahnarzt E-Mail für Terminerinnerung

Erziehungsberechtigte

Name, Vorname Vater Geburtsdatum

PLZ, Ort, Straße (wenn abweichend)

Telefon Vater **Mobilnummer Vater**

Name, Vorname Mutter Geburtsdatum

PLZ, Ort, Straße (wenn abweichend)

Telefon Mutter **Mobilnummer Mutter**

Ggf. andere Versicherte bzw. verantwortliche Person/en

Verhältnis zum Patienten

Wir nehmen den Schutz Ihrer Daten ernst. Ihre personenbezogenen Daten werden vertraulich behandelt und nicht ohne Erlaubnis an Dritte weitergegeben. Lesen Sie hierzu auch unsere Patienteninformation zum Datenschutz. Diese liegt im Wartebereich zur Einsicht bereit.

- Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden? _____
- Wurden Sie an uns überwiesen? ja nein
- Wenn ja, von wem? _____
- Ist der Patient selbst an einer Gebissregulierung interessiert? ja nein
- Fand bereits eine kieferorthopädische Beratung/Untersuchung statt? ja nein
- Liegen aktuelle Röntgenbilder vor (maximal 12 Monate)? ja nein
- Bestehen in der Familie ähnliche Zahn- und Kieferfehlstellungen? ja nein
- Hatte Ihr Kind eine logopädische Behandlung? ja nein
- Liegen Beschwerden im Bereich der Kiefergelenke vor? ja nein
- Lag ein Unfall mit Zahnschäden vor? ja nein
- Lutscht Ihr Kind noch? ja nein
- Besteht eine allgemeine Erkrankung? ja nein
- Wenn ja, welche? _____
- Liegt eine Erkrankung im Hals-Nasen-Ohrenbereich vor? ja nein
- Wenn ja, welche? _____
- Nimmt der Patient Medikamente? ja nein
- Wenn ja, welche und wegen welcher Erkrankung? _____
- Liegt eine bestätigte Allergie vor? ja nein
- Wenn ja, welche? _____
- Besteht eine Zahnzusatzversicherung? ja nein
- Um den optimalen Zeitpunkt für eine KFO-Behandlung festlegen zu können, sind in zeitlichen Abständen eine oder weitere Beratungstermine erforderlich, an welche wir Sie gerne erinnern. Hierfür benötigen wir Ihre Zustimmung, die Sie jederzeit widerrufen können. Ich stimme der Terminerinnerung zu ja nein

Ort, Datum

Unterschrift

Wichtiger Hinweis

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 zum Eigenanteil gilt auch schon für die Anfangsdiagnostik - daher ist es möglich, dass Sie die erste Rechnung schon vor dem eigentlichen Behandlungsbeginn erhalten.