

## 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 in unserer Praxis 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, ist in zeitlichem Abstand ein weiterer Behandlungstermin erforderlich, an welchen 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.