



Wir möchten uns mit Ihnen in Ruhe über Ihre kieferorthopädischen Wünsche unterhalten und Sie umfassend beraten. Dazu benötigen wir für den Beratungstermin neben Ihren Personalien auch medizinische Auskünfte. Wir nehmen Ihre Angaben selbstverständlich diskret entgegen.

PATIENT

Name:	Geb.-Datum:
Vorname:	Telefonnr.:
Straße, Nr.:	Mobilnr.:
PLZ/Ort:	Krankenkasse:

VERSICHERTER

Adresse wie oben

Name:
Vorname:
Straße, Nr.:
PLZ/Ort:
Geb.-Datum:

EHEGATTE / LEBENSPARTNER

Name:
Geb.-Datum:
Mobilnr.:
Telefonnr.:
E-Mail:

VERSICHERUNGSART

- | | |
|------------------------------------------------|------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> gesetzlich versichert | <input type="checkbox"/> Zusatzversicherung |
| <input type="checkbox"/> freiwillig versichert | <input type="checkbox"/> Beihilfe (für Beamte) |
| <input type="checkbox"/> privat versichert | |

Name des Zahnarztes:
Name des Hausarztes:

ALLGEMEINE GESUNDHEITSANGABEN

- Bestehen allgemeinmedizinische Erkrankungen (Herz, Leber, Niere, Blutgerinnungsstörungen, Asthma, Zuckerkrankheiten) oder Infektionskrankheiten (Hepatitis, Aids)? ja nein
Wenn ja, welche?
- Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein? ja nein
Welche und wozu?
- Bestehen Allergien oder Unverträglichkeiten? ja nein
Welche?
- Betreibt Ihr Kind eine Sportart? ja nein
Welche?

FRAGEN ZUR RÖNTGENUNTERSUCHUNG

- Wurde Ihr Kind innerhalb der letzten 12 Monate im Kopf-/Kieferbereich geröntgt? ja nein
- Bei Mädchen: Besteht derzeit eine Schwangerschaft? ja nein

Bitte wenden

FRAGEN AUS KIEFERORTHOPÄDISCHEN GRÜNDEN

- ▶ Wurde schon einmal kieferorthopädisch behandelt? ja nein

Bei welchem Arzt?
- ▶ Wurde die Behandlung abgebrochen? ja nein
- ▶ Bestehen Kiefergelenksbeschwerden oder -knacken? ja nein
- ▶ Bestehen häufig Kopfschmerzen, Schmerzen im Gesichtsbereich oder beim Kauen? ja nein
- ▶ Besteht oder bestand Zähneknirschen oder Zähnepressen? ja nein
- ▶ Besteht Mundatmung oder häufige Erkältung oder Schnarchen? ja nein

Was?
- ▶ Bestand oder besteht Zungenpressen, Lippenbeißen, Nägelkauen, Bleistiftkauen? ja nein

Bis wann?
- ▶ Waren oder sind Geschwister in kieferorthopädischer Behandlung? ja nein

Bei welchem Arzt?
- ▶ Liegen ähnliche Fehlstellungen in der Familie vor? ja nein

Welche und bei wem?
- ▶ Besteht ein Sprachfehler (z.B. Lispeln) od. wurde bereits eine logopäd. Behandlung durchgeführt? ja nein

Wenn ja, wann?
- ▶ Bestand od. besteht Daumenlutschen, Nägelkauen od. wurde/wird noch ein Schnuller genommen? ja nein

Wenn ja bis wann?

MUNDHYGIENE

- ▶ Geht Ihr Kind zu regelmäßigen Kontrollen zum Zahnarzt? ja nein
- ▶ Geht Ihr Kind regelmäßig zur professionellen Zahnreinigung? ja nein

WIE SIND SIE AUF UNSERE PRAXIS AUFMERKSAM GEWORDEN?

- Bekannte / Verwandte Arzt / Zahnarzt: Werbung Google
 informiert auf www.dr-borg.de Arzt- oder Gesundheitsportale, welche?

Diese Angaben sind für eine vertrauensvolle Zusammenarbeit und sachgerechte medizinische Behandlung erforderlich. Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten bzw. die Daten des Patienten per EDV gespeichert werden und sie z.B. aus abrechnungstechnischen Gründen an die KZV (Kassenzahnärztliche Vereinigung) oder eine andere Verrechnungs- bzw. Begutachtungsstelle weitergeleitet werden. Ich bin darüber informiert und damit einverstanden, dass diese Angaben sowie Untersuchungsbefunde und Dokumente mit Fachkollegen besprochen bzw. bei Behandlungsübernahme durch einen Fachkollegen an diesen weitergegeben werden dürfen. Falle einer Praxis-Übergabe oder im Falle der Beschäftigung eines Vertreters bin ich damit einverstanden, dass die Karteikarte mit den persönlichen Daten auf den Nachfolger bzw. Praxisvertreter übergeben wird. Röntgenbilder, Modelle und kieferorthopädische Apparaturen bleiben Eigentum des Behandlers. Das Informationsblatt zur Datenverarbeitung Patienten (Art. 13 DSGVO) habe ich gelesen und zur Kenntnis genommen. Die im Verlauf der Behandlung angefertigten fotografischen Aufnahmen, Röntgenbilder, Gebissabdrücke sowie Arztbriefe dürfen per E-Mail oder postalisch weitergeleitet werden. Diese Weitergabe erfolgt ausschließlich an den behandelnden Zahnarzt, Hausarzt, ggf. Fachzahnarzt für Oralchirurgie, Facharzt für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie sowie an den behandelnden Logopäden oder Physiotherapeuten. Durch die Einwilligung entbinde ich den behandelnden Kieferorthopäden von seiner ärztlichen Schweigepflicht.

Für gesetzlich versicherte Patienten: Ihre Krankenversicherung verlangt, dass die Krankenversicherungskarte zu jedem Praxisbesuch mitgebracht werden soll. Liegt die Versichertenkarte innerhalb von 14 Tagen nach der Behandlung nicht vor, so muss die Behandlung als Privatbehandlung betrachtet werden und eine entsprechende Privatrechnung nach GOZ (Gebührenordnung für Zahnärzte) zugestellt werden. Falls Sie zu einem Termin verhindert sind, sagen Sie bitte mindestens 48h vorher ab, um uns die Möglichkeit zu geben, den Termin neu zu vergeben. Für versäumte Termine wird in unserer Bestellpraxis ein Ausfallhonorar in Rechnung gestellt, es sei denn, das Nichterscheinen ist unverschuldet.

Ich bestätige hiermit diesen Anmeldebogen sorgfältig gelesen zu haben und die Fragen nach meinem besten Wissen und wahrheitsgemäß beantwortet zu haben. Bei Minderjährigen sollten **beide Elternteile** unterschreiben. Liegt die Unterschrift nur eines Elternteils vor, so versichert der Unterzeichnende zugleich, dass er im Einverständnis mit dem anderen Elternteil handelt oder das alleinige Sorgerecht für das Kind hat.

 Ort, Datum Unterschrift gesetzlicher Vertreter Unterschrift weiterer gesetzlicher Vertreter

WIRD VON DER PRAXIS AUSGEFÜLLT

8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8
V IV III III	I III III IV V
V IV III III	I III III IV V
8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8

Pat.-Nr.: