

Franziska Klingler
Fachzahnärztin für Kieferorthopädie
Rudolf-Breitscheid-Straße 11
36433 Bad Salzungen

T 03695 602436
M f.klingler@kfo-badsalzungen.de
W www.kfo-badsalzungen.de



ANMELDUNG/ANAMNESE

PATIENT

Nachname

Vorname

Geburtsdatum

Geburtsname

Geburtsort

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

E-Mail

Telefon

Zahnarzt (Name, Ort)

Krankenkasse/ Versicherung

Basistarifversichert Beihilfeberechtigt

Freiwillig versichert Zusatzversichert

Ist bereits ein Geschwisterkind in kieferorthopädischer Behandlung?

Ist eine kostenlose Terminerinnerung per SMS erwünscht?

Ich erkläre mich hiermit einverstanden, dass wichtige Informationen über meinen Gesundheitszustand innerhalb der Kieferorthopädie Bad Salzungen zum Zwecke der fachübergreifenden Zusammenarbeit weitergereicht werden.

Mir ist bewusst, dass die Honorarforderungen des Arztes bei Zahlungsverzug an ein zugelassenes Inkassounternehmen abgegeben werden und diesem die erforderlichen Patienten- und Behandlungsdaten weitergeleitet werden.

HAUPTVERSICHERTER (falls abweichend)

Nachname

Vorname

Geburtsdatum

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Arbeitgeber

Welcher Elternteil ist erziehungsberechtigt?

Mutter Vater Beide

Nachname eines erziehungsberechtigten Elternteils

Vorname eines erziehungsberechtigten Elternteils

J N

J N

Der Speicherung meiner persönlichen Daten stimme ich zu. Alle Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden streng vertraulich behandelt. Ich verpflichte mich, Sie umgehend über alle während des Behandlungszeitraumes auftretenden Änderungen (Gesundheitszustand/Adresse/Telefonnummer) zu informieren.

Ich verpflichte mich, vereinbarte Termine einzuhalten oder mindestens zwei Tage im Voraus abzusagen, andernfalls können daraus entstehende Kosten in Rechnung gestellt werden.

Ort, Datum, Unterschrift des Patienten (ggf. des Erziehungsberechtigten)

Bitte die Rückseite nicht vergessen! ▷

01. Warum kommen Sie heute in unsere Praxis? Erstberatung Zweite Meinung Invisalign
02. Waren Sie früher oder sind Sie derzeit in Kieferorthopädische Beratung/ Behandlung? Wenn ja, von wann bis wann? _____
Bei wem? _____
- Wurde diese Behandlung zu Ende geführt? Wenn nein, warum nicht? _____
03. Macht Ihr Zahnarzt regelmäßig die Prophylaxe/ professionelle Zahnreinigung?
04. Wurde bei Ihnen ein Röntgenbild von den Zähnen angefertigt? Wenn ja, wann? _____

05. Gibt es Gebissunregelmäßigkeiten in der Familie? Wenn ja, bei wem?
 Mutter Vater Geschwister
06. Hatten/ Haben Sie gesundheitliche Probleme/ Schmerzen in einem der folgenden Bereiche? Wenn ja, in welchem Bereich?
 Ohren Nacken
 Gesicht/ Kopf Herz/ Kreislauf
 Nervensystem/ Psyche Schilddrüse
 Magen/ Darm/ Pankreas Leber/ Niere
 Knochen/ Gelenke/ Muskeln Blutssystem
 Sonstige _____
07. Liegt eine Infektionskrankheit vor? Wenn ja, was für eine Krankheit?
 HIV Hepatitis B / C
 Sonstige _____
08. Nehmen Sie Medikamente ein? Wenn ja, welche? _____
09. Besteht eine Schwangerschaft? Wenn ja, in welchem Monat? _____
10. Haben Sie Probleme mit der Atmung? Wenn ja, womit genau? Seit wann? _____
 Mundatmung Nasenatmung
 Asthma Allergisches Asthma
11. Haben Sie eine Allergie oder Heuschnupfen? Wenn ja, gegen was sind Sie allergisch? _____

12. Haben Sie als Kleinkind am Daumen gelutscht? Wenn ja, bis wann? _____
13. Liegt eine Fehlgewohnheit im Lippen- oder Zungenbereich vor? Wenn ja, welche?
 Lippenbeißen Nägel kauen
 Lippensaugen/ -lecken Bleistift kauen
 Sonstiges _____
14. Knirschen Sie (nachts) mit den Zähnen? Wenn ja, seit wann? _____
15. Bestehen Kiefergelenkknacken und/ oder -beschwerden? Wenn ja, seit wann? _____
Was genau und auf welcher Seite? (Links / Rechts)
 Knacken Schmerzen
 Mundöffnungseinschränkungen
16. Haben Sie ein Hobby, das die Mundgesundheit beeinflussen könnte? Wenn ja, was für eines? _____

17. Was ist Ihr Hauptanliegen? _____
18. Worauf legen Sie bei Ihrer Behandlung besonderen Wert? _____
19. Sind Sie an einer ganzheitlichen Behandlung interessiert?
20. Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden? _____

**DIE
KIEFERORTHOPÄDIE
BAD SALZUNGEN**