

Patientenbogen **Kinder & Jugendliche**

Herzlich willkommen in der kieferorthopädischen Praxis Dr. Peter Schicker. Wir möchten uns mit Ihnen in Ruhe über Ihre 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: _____ Vorname: _____
Geburtsdatum: _____ Straße, Nr.: _____
PLZ/Ort: _____ Krankenkasse: _____

Versicherter

Rechnungsempfänger ☐ Ja ☐ Nein

Name: _____ Vorname: _____
Geburtsdatum: _____ Straße, Nr.: _____
PLZ/Ort: _____ Tel. privat: _____
Mobil: _____ E-Mail: _____

weiterer Erziehungsberechtigter

Rechnungsempfänger ☐ Ja ☐ Nein

Name: _____ Vorname: _____
Geburtsdatum: _____ Straße, Nr.: _____
PLZ/Ort: _____ Tel. privat: _____
Mobil: _____ E-Mail: _____

Versicherungsart

- ☐ gesetzlich versichert
☐ gesetzl. mit Kostenerstattung
☐ privat voll-versichert
- ☐ gesetzl. vers. mit Zusatzversicherung
☐ Beihilfe
☐ Basistarif einer privaten Versicherung
- Welche? _____

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

Empfehlung von: ☐ Arzt / Zahnarzt: _____ ☐ Bekannte / Verwandte
Name
☐ Werbung (Anzeige, Tagespresse/Fachzeitschrift etc.) ☐ Gelbe Seiten ☐ zus. informiert auf www.schicker-laecheln.de
Internet: ☐ Google ☐ Arzt- oder Gesundheitsportale, welche? _____
☐ Sonstiges: _____

Vielen Dank für Ihre Mithilfe. Wir werden uns bemühen Ihren Aufenthalt bei uns so angenehm wie möglich zu gestalten. Diese Angaben sind für eine vertrauensvolle Zusammenarbeit wie auch eine sachgerechte medizinische Behandlung erforderlich. Ihre Angaben werden streng vertraulich behandelt. Sie unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht gemäß § 203 des Strafgesetzbuches sowie den strengen Bestimmungen des Datenschutzgesetzes. Nur im Rahmen der Zusammenarbeit mit anderen Ärzten und zahn-technischen Laboren werden abrechnungsspezifische Daten an diese weitergegeben.

Für gesetzlich versicherte Patienten

Ihre Krankenversicherung verlangt, dass die Krankenversicherungskarte zu jedem Praxisbesuch mitgebracht werden soll. Liegt die Versichertenkarte im jeweiligen Quartal nicht einmal vor, sind wir seitens der Krankenkassen dazu verpflichtet, Ihnen das entsprechende Quartal in Rechnung zu stellen.

Bei Fragen zu unserer Praxis, Terminvergabe, Parkmöglichkeiten oder Anderem zögern Sie bitte nicht uns anzusprechen. **Sollten Sie das Bedürfnis haben, sich noch einmal die Zähne zu reinigen, stellt Ihnen unsere Mitarbeiterin am Empfang gerne eine kostenlose Zahnbürste mit Zahnpasta zur Verfügung.**

Bitte wenden!



Patientenbogen **Kinder & Jugendliche**

Ärztliche Behandlung

- Steht Ihr Kind zurzeit in ärztlicher Behandlung? ☐ Ja ☐ Nein
Wenn ja, wegen welcher Erkrankung? _____
- Wer ist Ihr Hausarzt? (Name) _____
- Wer ist Ihr Zahnarzt? (Name) _____
- Ich bin damit einverstanden, dass mein behandelnder Zahnarzt über die geplanten kieferorthopädischen Maßnahmen und den Verlauf der Behandlung informiert wird. ☐ Ja ☐ Nein
- Bestehen allgemeinmedizinische Erkrankungen (z.B. Herz-, Kreislauferkrankungen, Gerinnungsstörungen, Diabetes oder andere Erkrankungen) oder Infektionskrankheiten (Hepatitis)? ☐ Ja ☐ Nein
Wenn ja, welche? _____
- Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein? ☐ Ja ☐ Nein
Wenn ja, welche? _____
- Bestehen Allergien oder Unverträglichkeiten oder der Verdacht einer Überempfindlichkeit gegen Materialien oder Medikamente? ☐ Ja ☐ Nein
Wenn ja, welche? _____
- Besitzt Ihr Kind einen Allergiepass? ☐ Ja ☐ Nein
- Wurde oder wird eine physiotherapeutische oder osteopathische Behandlung durchgeführt? ☐ Ja ☐ Nein

Fragen zur Röntgenuntersuchung

- Wurde Ihr Kind im letzten Jahr im Kopf-, Kiefer- oder Zahnbereich geröntgt? ☐ Ja ☐ Nein
Wenn ja, wann genau und bei wem? _____
- Bei Mädchen: Besteht derzeit eine Schwangerschaft? ☐ Ja ☐ Nein

Fragen aus kieferorthopädischen Gründen

- Wurde schon einmal kieferorthopädisch behandelt? ☐ Ja ☐ Nein
Wenn ja, bei welchem Arzt? _____
- Wurde die Behandlung planmäßig abgeschlossen? ☐ 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
- Gab es Unfälle mit Beteiligung der Zähne oder des Kiefers? ☐ Ja ☐ Nein
- Waren oder sind Geschwister in kieferorthopädische Behandlung? ☐ Ja ☐ Nein
Bei welchem Arzt? _____
- Besteht ein Sprachfehler (z.B. Lispeln) oder wurde bereits eine logopädische Behandlung durchgeführt? ☐ Ja ☐ Nein
Wenn ja, wann? _____
- Bestand oder besteht eine Lutschgewohnheit (Daumen, Schnuller), Lippenbeißen oder Nägelkauen? ☐ Ja ☐ Nein
Bis wann? _____

Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten anonymisiert für Fallbeispiele in Vorträgen durch Dr. Schicker verwendet werden dürfen.

☐ Ja ☐ Nein

Ich bestätige hiermit diesen Anmeldebogen sorgfältig gelesen zu haben und die Fragen nach meinem besten Wissen und wahrheitsgemäß beantwortet zu haben. Über Änderungen werde/n ich/wir die Praxis immer sofort und unaufgefordert informieren.

Datum _____

Unterschrift Erziehungsberechtigter _____

Unterschrift weiterer Erziehungsberechtigter _____

Name in Druckbuchstaben _____

Name in Druckbuchstaben _____