

ANMELDEBOGEN



Liebe Patientin, lieber Patient, liebe Eltern,
herzlich willkommen in unserer Praxis.

DR JULIA LENATZ
GANZHEITLICHE KIEFERORTHOPÄDIE

Wir, das Team der Praxis für GANZHEITLICHE KIEFERORTHOPÄDIE DR. JULIA LENATZ, möchten Ihnen | Ihrem Kind den Aufenthalt in unserer Praxis so angenehm wie möglich gestalten. Dazu benötigen wir neben Ihren Personalien | den Personalien Ihres Kindes auch Auskünfte über Ihren Gesundheitszustand | den Gesundheitszustand Ihres Kindes. Dies ist wichtig für eine optimale und komplikationslose Behandlung. Bei Fragen helfen wir Ihnen gerne weiter. Ihre Angaben unterliegen nach § 203 StGB der ärztlichen Schweigepflicht und werden selbstverständlich vertraulich behandelt.

PERSÖNLICHE ANGABEN

Name | Vorname _____
Geburtsdatum _____
Straße | Nr. _____
PLZ | Ort _____
Telefon _____
Telefon (mobil)* _____
E-Mail* _____
Hausarzt** _____
Hauszahnarzt** _____

PERSÖNLICHE ANGABEN DES VERSICHERTEN

Name | Vorname _____
Geburtsdatum _____
Straße | Nr. _____
PLZ | Ort _____
RECHNUNGSADRESSE (FALLS ABWEICHEND)
Name | Vorname _____
Geburtsdatum _____
Straße | Nr. _____
PLZ | Ort _____

KRANKENKASSE | VERSICHERUNG

Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an.

Krankenversicherung _____
Privat versichert Normaltarif Basistarif Beihilfeberechtigt
Gesetzlich versichert Pflicht Freiwillig Beihilfeberechtigt Zusatzversicherung Kieferorthopädie

ALLGEMEINE ANGABEN

Warum kommen Sie in unsere Praxis? _____
Wurden Sie | wurde Ihr Kind bereits kieferorthopädisch beraten | behandelt?
Wenn ja, bei wem und wo?*** _____
Wurden in den letzten 12 Monaten Röntgenbilder erstellt?
Wenn ja, welche? _____
Welche Wünsche haben Sie | hat Ihr Kind in Bezug auf Ihre | seine Zähne? _____
Sind Sie an alternativen, ganzheitlichen Heilmethoden interessiert?**
FAMILIENANAMNESE***
Hat ein Elternteil Gebissunregelmäßigkeiten?
Wenn ja, welche? Mutter _____ Vater _____
Haben | hatten Geschwister Gebissunregelmäßigkeiten?
Wenn ja, welche? _____
Sind Geschwister des Patienten in Kieferorthopädischer Behandlung?

*Freiwillige Angabe – wenn Sie die Kommunikation über dieses Medium wünschen.

**Freiwillige Angabe – sollte die Anforderung der Unterlagen für Ihre Behandlung sinnvoll sein, kommen wir für eine entsprechende Einwilligung auf Sie zu.

***Freiwillige Angabe, aufgrund des Verwandtschaftsgrades kann die Information für die Behandlung hilfreich sein.

BITTE WENDEN

ALLGEMEINE ANAMNESE

Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an.

Leiden oder litten Sie | Ihr Kind unter folgenden Beschwerden oder haben Sie eine Erkrankung an den aufgeführten Organsystemen?

- | | | | |
|--|---|--|--|
| <input type="radio"/> Rachitis | <input type="radio"/> Diabetes | <input type="radio"/> Tuberkulose | <input type="radio"/> Krankenhauskeime (z.B. MRSA) |
| <input type="radio"/> AIDS HIV | <input type="radio"/> Hepatitis | <input type="radio"/> Herz- Kreislaufstörung | <input type="radio"/> Lippen-Kiefer-Gaumenspalte |
| <input type="radio"/> Asthma | <input type="radio"/> Heuschnupfen | <input type="radio"/> Epilepsie | <input type="radio"/> Blutgerinnungsstörung |
| <input type="radio"/> Down-Syndrom | <input type="radio"/> Rheumatische Erkrankung | <input type="radio"/> Immunsuppression | |
| <input type="radio"/> Allergien Wenn ja, welche? _____ | <input type="radio"/> Sonstige _____ | | |

Sind Sie | ist Ihr Kind zurzeit in ärztlicher Behandlung?

- | | | | |
|-----------------------------------|---------------------------------|----------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="radio"/> Heilpraktik | <input type="radio"/> Logopädie | <input type="radio"/> Orthopädie | <input type="radio"/> Physiotherapie |
|-----------------------------------|---------------------------------|----------------------------------|--------------------------------------|

Wenn ja, bei welchem Arzt | Therapeut?* _____

Nehmen Sie | nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein?

- | | |
|-----------------------|------------------------|
| <input type="radio"/> | Wenn ja, welche? _____ |
|-----------------------|------------------------|

Haben Sie | hat Ihr Kind als Kleinkind gelutscht?

- | | | |
|------------------------------|------------------------------|---------------------------------|
| <input type="radio"/> Daumen | <input type="radio"/> Finger | <input type="radio"/> Schnuller |
|------------------------------|------------------------------|---------------------------------|

Sonstiges _____

Wie lange? _____

Haben Sie | hat Ihr Kind eine der folgenden Fehlgewohnheiten | Beschwerden?

- | | | | |
|---|--|------------------------------------|---|
| <input type="radio"/> Nägelkauen | <input type="radio"/> Bleistiftkauen | <input type="radio"/> Lippenbeißen | <input type="radio"/> Kiefergelenkschmerzen |
| <input type="radio"/> Sprachstörungen | <input type="radio"/> Kiefergelenk-Knacken | <input type="radio"/> Knirschen | <input type="radio"/> Schmerzen der Kaumuskulatur |
| <input type="radio"/> Kopf- Rückenschmerzen | <input type="radio"/> Sonstige _____ | | |

Wurde diesbezüglich eine Behandlung durchgeführt?

- | | |
|-----------------------|------------------------|
| <input type="radio"/> | Wenn ja, welche? _____ |
|-----------------------|------------------------|

Haben Sie | hat Ihr Kind häufig Erkältungskrankheiten?

- | |
|-----------------------|
| <input type="radio"/> |
|-----------------------|

Besteht hauptsächlich Mundatmung bzw. erschwerte Nasenatmung?

- | |
|-----------------------|
| <input type="radio"/> |
|-----------------------|

Wenn ja, was ist der Grund? _____

Wurden Hals-Nasen-Ohren-Operationen durchgeführt?

- | | |
|-----------------------|---------------------------------|
| <input type="radio"/> | Wenn ja, wann und welche? _____ |
|-----------------------|---------------------------------|

Wie lange liegt der letzte Zahnarztbesuch zurück? _____ Monate

Lagen schon Mund- oder Kieferoperationen | Unfälle vor?

- | |
|-----------------------|
| <input type="radio"/> |
|-----------------------|

Wenn ja, wann und was? _____ Gab es eine Zahnverletzung? _____

Welche Hobbys haben Sie | hat Ihr Kind (Sportart, Musikinstrument, etc.)?* _____

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? ** _____

* Freiwillige Angabe, je nach Art der Behandlung, kann diese Angabe relevant für die kieferorthopädische Behandlung sein.

** Freiwillige Angabe, hierzu erheben wir praxisintern eine Statistik.

HINWEISE ZUM SCHUTZ IHRER PERSONENBEZOGENEN DATEN | *HINWEIS ZU FREIWILLIGEN ANGABEN

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich meine freiwilligen Angaben, deren Rechtsgrundlage für die Verarbeitung meine vorliegende Einwilligung ist, jederzeit schriftlich oder durch E-Mail an die Praxis (für meine Daten verantwortlich) widerrufen kann (Art. 7 Abs. 3 DSGVO). Mir ist bekannt, dass mein jederzeit möglicher Widerruf der Einwilligung die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt (Art. 7 Abs. 3 Satz 2 DSGVO).

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner umseitigen und obigen Angaben | der Angaben meines Kindes und stimme der Speicherung meiner persönlichen Daten | der Daten meines Kindes ausdrücklich zu. Ich verpflichte mich, Änderungen meiner Angaben | der Angaben meines Kindes rechtzeitig mitzuteilen.

Bei einer Einwilligung von Eltern für ihr Kind gilt: Grundsätzlich ist die Einwilligung von beiden Elternteilen einzuholen. Unterschreibt ein Elternteil alleine, erklärt dieser durch seine Unterschrift zugleich, dass ihm das Sorgerecht alleine zusteht oder dass er vom anderen Elternteil bevollmächtigt wurde, für diesen die Erklärung abzugeben.

Ort | Datum

Unterschrift | Unterschrift Erziehungsberechtigte/r

Wir danken Ihnen herzlich für Ihre Beantwortungszeit!

Ihr Team der Praxis für GANZHEITLICHE KIEFERORTHOPÄDIE DR. JULIA LENATZ