



Herzlich willkommen bei Ihrer Fachzahnärztin für Kieferorthopädie Dr. Dimitra Peppas. 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: _____ PLZ/Ort: _____
Vorname: _____ Tel. Nr.: _____
Geburtsdatum: _____ Mobil: _____
Straße, Nr.: _____ Krankenkasse: _____
E-Mail: _____ Beruf: _____

Versicherungsart

privat versichert gesetzlich versichert Beihilfe Zusatzversichert

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

Empfehlung von: Bekannte / Verwandte: _____ Name _____ Arzt / Zahnarzt: _____ Name _____
 Werbung (Anzeige, Tagespresse/Fachzeitschrift etc.) Gelbe Seiten zus. informiert auf **www.peppas.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 einer Abrechnungsgesellschaft 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 innerhalb von 14 Tagen nach der Behandlung (bzw. zur Rechnungsstellung) nicht vor, so muss die Behandlung als Privatbehandlung betrachtet werden und eine entsprechende Privatrechnung nach GOZ (Gebührenordnung für Zahnärzte) gestellt werden.

Bitte wenden!



Patientenbogen Erwachsene

Ärztliche Behandlung

- Stehen Sie zurzeit in ärztlicher Behandlung? Ja Nein
Wenn ja, wegen welcher Erkrankung? _____
- Wer ist Ihr Hausarzt? (Name) _____
- Wer ist Ihr Zahnarzt? (Name) _____
- Bestehen allgemeinmedizinische Erkrankungen (z.B. Herz-, Kreislauferkrankungen, Gerinnungsstörungen, Diabetes oder andere Erkrankungen) oder Infektionskrankheiten (Hepatitis)? Ja Nein
Wenn ja, welche? _____
- Nehmen Sie 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? _____
- Besitzen Sie einen Allergiepass? Ja Nein
- Wurde oder wird eine physiotherapeutische oder osteopathische Behandlung durchgeführt? Ja Nein

Fragen zur Röntgenuntersuchung

- Wurden Sie im letzten Jahr im Kopf-, Kiefer- oder Zahnbereich geröntgt? Ja Nein
Wenn ja, wann genau und bei wem? _____
- Bei Frauen: 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
- Schnarchen Sie? Ja Nein
- Bestand oder besteht Zungenpressen, Lippenbeißen, Nägelkauen, Bleistiftkauen? Ja Nein
Bis wann? _____
- Besteht ein Sprachfehler (z.B. Lispeln) oder wurde bereits eine logopädische Behandlung durchgeführt? Ja Nein
Wenn ja, wann? _____

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. Falls die von mir angegebene Krankenkasse die Kosten nicht übernimmt und auch kein Leistungsanspruch bei einer anderen gesetzlichen oder privaten Krankenkasse besteht, werde ich die entsprechenden Behandlungskosten selbst zahlen.

Ich bin damit einverstanden, dass bei mir - falls erforderlich - Röntgenunterlagen erstellt werden und Behandlungsunterlagen dem Hauszahnarzt zur Verfügung gestellt werden.

Datum

Unterschrift