



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: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_  
 Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Straße, Nr.: \_\_\_\_\_  
 PLZ/Ort: \_\_\_\_\_ Krankenkasse: \_\_\_\_\_

### Versicherter

Rechnungsempfänger  Ja  Nein

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

### weiterer Erziehungsberechtigter

Rechnungsempfänger  Ja  Nein

Name: \_\_\_\_\_  
 Vorname: \_\_\_\_\_  
 Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
 Straße, Nr.: \_\_\_\_\_  
 PLZ/Ort: \_\_\_\_\_  
 Tel. privat: \_\_\_\_\_  
 Mobil: \_\_\_\_\_  
 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](http://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) zugestellt werden.

Bitte wenden!



## 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) \_\_\_\_\_
- 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

## 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 bestätige hiermit diesen Anmeldebogen sorgfältig gelesen zu haben und die Fragen nach meinem besten Wissen und wahrheitsgemäß beantwortet zu haben. Über Änderung werde/n ich/wir die Praxis 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 meinem Kind - falls erforderlich - Röntgenunterlagen erstellt werden und Behandlungsunterlagen dem Hauszahnarzt zur Verfügung gestellt werden.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Erziehungsberechtigter

\_\_\_\_\_  
Unterschrift weiterer Erziehungsberechtigter