**Anmeldebogen** (Bitte schon zuhause beide Seiten in Druckbuchstaben ausfüllen)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Patient:**  Name: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Vorname: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Geburtsdatum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Straße / Hausnr.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  PLZ / Wohnort: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Telefon: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Beruf: (Optional)**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Name der Krankenversicherung:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  versichert mit: Mutter Vater selbst  gesetzliche Krankenkasse  private Versicherung  pflichtversichert freiwillig versichert  Beihilfe  Zusatzversicherung  Behandelnder Zahnarzt:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Empfehlung von: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |  | **Mutter:**  Name: Vorname: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Geburtsdatum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Adresse wie Patient andere Adresse  Straße / Hausnr.:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  PLZ / Wohnort:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Telefon: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Beruf: (Optional)**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Vater:**  Name: Vorname:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Geburtsdatum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Adresse wie Patient andere Adresse  Straße / Hausnr.:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  PLZ / Wohnort:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Telefon: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Beruf: (Optional)**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**Rechnungsadresse**

**Vater (s.o.) Mutter (s.o.) Andere:**

Erklärung für minderjährige Patienten, die nicht gemeinsam mit beiden Elternteilen wohnen:

Ich erkläre hiermit, dass ich für oben genannten Patienten sorgeberechtigt bin. Sollte sich dies ändern, so werde ich die Praxis unverzüglich informieren.

Bremen, den \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Unterschrift des Erziehungsberechtigten)

**Was ist der Grund Ihres Besuches in unserer Praxis?** (Was stört ggf. an der Zahnstellung / Kiefersituation?

**Angaben gem. § 28 der Röntgenverordnung:**

**1.** Wurde der Patient im Laufe der letzten 2 Jahre geröntgt? ja nein

**2.** Falls Ja, welches Körperteil und wann? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Falls möglich, sollten vorhandene zahnärztliche Röntgenaufnahmen zur Beratung mitgebracht werden!)

**3.** Bei weiblichen Patienten: Besteht eine Schwangerschaft? ja nein unsicher

**Patienten-Anamnese**

**Bitte beantworten Sie uns folgende Fragen:** (Zutreffendes bitte ankreuzen)

Ihre Angaben werden streng vertraulich behandelt. Diese unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht gemäß § 203 des StGB sowie den strengen Bestimmungen des Datenschutzes.

Bestehen Beschwerden im Bereich der Kiefergelenke / Kaumuskulatur? Unklare Kopfschmerzen? ja nein

Wurden bei einem Unfall Zähne verletzt oder ausgeschlagen? ja nein

Wird häufig mit offenem Mund geschlafen? ja nein

Ist der Patient häufig erkältet? ja nein

Wurden Tonsillen (Gaumenmandeln) entfernt? ja nein Wurden Polypen entfernt? ja nein

Wurden Daumen oder Finger gelutscht? ja nein Wenn ja, wie lange? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Wird zurzeit eine **zahnärztliche** Behandlung durchgeführt? ja nein

Ist der Patient im Individualprophylaxe-Programm bei Hauszahnarzt? ja nein

Welche Mundpflegemittel werden vom Patienten benutzt? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Wurde bereits eine **kieferorthopädische** **Behandlung** oder **Beratung** durchgeführt? ja nein

- Wenn ja, wann / wie lange? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ - Bei welchem Zahnarzt / Kieferorthopäden? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Wurde bei der Mutter / dem Vater eine kieferorthopädische Behandlung durchgeführt? ja nein

Sind oder waren Geschwister in kieferorthopädischer Behandlung? ja nein

Wird zurzeit eine **ärztliche** Behandlung durchgeführt? ja nein

Besteht oder bestand ein Leberleiden (Hepatitis)? ja nein

Besteht eine Blutgerinnungsstörung (verlängerte Blutungszeit nach Verletzung)? ja nein

Wurde jemals eine Blutübertragung durchgeführt? Wenn ja, wann? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ja nein

Besteht eine Allergie? ja nein Falls ja, wogegen? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Sonstige Erkrankungen? ja nein Falls ja, welche? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Welchen Schultyp besucht der Patient? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Klasse: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Welche Sportarten betreibt der Patient? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Spielt der Patient ein Blasinstrument? ja nein

Ich wünsche die **kieferorthopädische** **Untersuchung** **und** **Beratung**.

Sollte dabei die Notwendigkeit einer kieferorthopädischen Behandlung festgestellt werden, so müssten weitergehende Maßnahmen unter Berücksichtigung der aktuellen gesetzlichen Rahmenbedingungen gesondert und zu einem separaten Termin vereinbart werden.

Ich gebe meine Zustimmung, dass die Behandlungsunterlagen einem in der Praxis beschäftigten Assistenzzahnarzt bzw. Vertreter / Mitinhaber oder einem Praxisnachfolger zur Verfügung gestellt werden dürfen und bin mit der Behandlung meines Kindes auch in räumlich nicht abgetrennten Behandlungseinheiten einverstanden.

Des Weiteren bin ich darüber informiert, dass Patienten mit intraoralen Piercings wegen des veränderten Weichteil-Bewegungsmusters leider nicht kieferorthopädisch behandelt werden können. Falls während einer laufenden Behandlung solche Piercings angebracht werden, muss die Behandlung zu meinen Lasten abgebrochen werden.

Ich bin damit einverstanden, dass mein behandelnder Zahnarzt über diese Beratung, den Befund und eine evtl. spätere kieferorthopädische Behandlung informiert wird.

Bremen, den \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Unterschrift des Patienten) (Unterschrift **beider sorgeberechtigter** Elternteile)