



Anmeldebogen

Für Kinder und Jugendliche

Kieferorthopädie

Dr. Marija und Dr. Zoran Sevkusic
Lochhamer Straße 7A, 82152 Martinsried

Liebe Patientin, lieber Patient, liebe Eltern,
herzlich willkommen in unserer kieferorthopädischen Praxis in Martinsried!

Neben Ihren persönlichen Angaben benötigen wir ebenfalls Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Denn auch Allgemeinerkrankungen können Auswirkungen auf die kieferorthopädische Behandlung haben. Deswegen bitten wir Sie, diesen Erhebungsbogen auszufüllen. Er wird Ihnen persönlichen Unterlagen angefügt.

Vielen Dank, Ihr Praxisteam KFO Martinsried

Persönliches (Patient)

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Straße, Nr.: _____

PLZ, Ort: _____

Telefon: _____

Mobil: _____

E-Mail: _____

Wer ist erziehungsberechtigt?

Über wen ist das Kind versichert?

Mutter Vater beide

Mutter Vater Kind selbst

Mutter

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Straße, Nr.: _____

PLZ, Ort: _____

Arbeitgeber: _____

Beruf: _____

Telefon geschäftlich: _____

Mobil: _____

E-Mail: _____

Vater

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Straße, Nr.: _____

PLZ, Ort: _____

Arbeitgeber: _____

Beruf: _____

Telefon geschäftlich: _____

Mobil: _____

E-Mail: _____

Frage an Eltern:

Leben Sie getrennt / Sind Sie geschieden?

Ja Nein

In diesem Fall müssen uns beide Eltern ihr Einverständnis für die Behandlung erteilen. Unterschreibt ein Elternteil alleine, erklärt er zugleich, dass er in Kenntnis, Vollmacht und Einverständnis des anderen Elternteils handelt.

Bitte Rückseiten beachten!

Versicherung

Krankenkasse (Name, Ort): _____

Gesetzlich versichert
Freiwillig versichert
Privat vollversichert
Familienversichert bei _____

Basistarif einer privaten Versicherung
Zusatzversicherung für Kieferorthopädie
Beihilfe

Name, Adresse und Telefonnummer des Zahnarztes: _____

Name des Kinderarztes: _____

Was führt Sie in unsere kieferorthopädische Sprechstunde?

Überweisung , Schmerz , Ästhetik

Sonstiges _____

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Kieferorthopädische Anamnese

- Waren Sie schon einmal beim Kieferorthopäden? Ja Nein
Wenn ja, wann? _____

Name und Adresse des Kieferorthopäden _____
Wurden hier bereits Unterlagen erstellt? Ja Nein

- Gab es in der Familie bereits Gebissunregelmäßigkeiten? Ja Nein
Vater , Mutter , Geschwister , Großeltern
- Waren oder sind Geschwister in kieferorthopädischer Behandlung? Ja Nein
- Sind in der Großfamilie Nichtanlagen von bleibenden Zähnen bekannt? Ja Nein
Wenn ja, welche Zähne? _____
- Hat der Patient Daumen gelutscht, Schnuller getragen oder Gewohnheiten wie Nägelkauen, Lippenbeißen, Zungenpressen? Ja Nein

Wenn ja, was und wie lange? _____

- Spielt Ihr Kind ein Blasinstrument? Ja Nein
- Hobbies/Sport _____
- Kann der Patient mit geschlossenem Mund schlafen? Ja Nein
- Besteht häufig eine Erkältung oder Schnarchen? Ja Nein
- War Ihr Kind schon einmal beim Logopäden Osteopathen

Was war der Grund für diesen Besuch? _____

Medizinische Anamnese

- Bestehen / bestanden allgemeinmedizinische Krankheiten? (z.B. Diabetes, Rachitis, Tuberkulose, Asthma, Epilepsie, Herzkrankheiten, Neurodermitis, Gelbsucht, Blutungsneigung, Aids, sonstige Krankheiten)
Wenn ja, welche? _____ Ja Nein
- Bestehen Allergien oder Unverträglichkeiten?
Wenn ja, wogegen? _____ Ja Nein
- Ist der Patient derzeit in ärztlicher Behandlung?
- Werden regelmäßig Medikamente eingenommen?
Wenn ja, welche und wozu? _____ Ja Nein
- Wurden Gaumen- /Rachenmandeln oder Polypen operiert?
- Gab es einen Unfall mit Auswirkungen auf den Mund- Kiefer- Gesichtsbereich?
Wenn ja, wann? _____ Ja Nein

Zahnärztliche Anamnese

- Wie lange liegt der letzte Zahnarztbesuch zurück? _____
- Wann kamen die ersten Milchzähne? vor dem 6. Monat , nach dem 8. Monat
- Bestehen oder bestanden Beschwerden beim Kauen? Ja Nein
- Bestehen oder bestanden Kiefergelenksbeschwerden?
Wenn ja, welcher Art? Schmerzen , Knacken , Sonstiges _____ Ja Nein
- Bestehen häufig Schmerzen im Gesichtsbereich? Ja Nein

Röntgen

- Wurden die Zähne innerhalb der letzten 12 Monate geröntgt?
Wenn ja, bei welchem Arzt, Zahnarzt, Kieferorthopäden? _____ Ja Nein
- Bei weiblichen Patienten: Besteht zurzeit eine Schwangerschaft? Ja Nein

- Was erwarten Sie von einer kieferorthopädischen Behandlung?
 gerade ausgerichtete Zähne Beseitigung von Schmerzen
 besseres Kauvermögen besseres Aussehen
- Wie schätzen Sie eine evtl. Zahnfehlstellung bei Ihrem Kind selber ein?
 ohne gering
 mittel stark weiß nicht
- Bitte ankreuzen, an welchen der folgenden Problemen Ihr Kind evtl. leiden?
 Kopfschmerzen/ Migräne Muskelverspannung Schmerzen in der Wirbelsäule
 Schmerzen im Nackenbereich Beinlängendifferenz Tinnitus
 keines der genannten Probleme Sonstiges: _____

- Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die, für eine kieferorthopädische Behandlung, erforderlichen Röntgenbilder bei meinem Kind angefertigt werden dürfen (Sie werden von uns vorher selbstverständlich informiert). Diese Röntgenbilder, erhobene Befunde und Fotos meines Kindes dürfen gegebenenfalls an meinen Hauszahnarzt oder an mitbehandelte Ärzte anderer Fachrichtungen weitergegeben werden.

Ja Nein

- Hiermit willige ich ein, dass mich meine kieferorthopädische Praxis an einen bevorstehenden Termin (Recall) kontaktieren darf. Ja Nein

Bitte Rückseite beachten!

Wir weisen Sie darauf hin, dass Sie Ihre Zustimmung zur Terminerinnerung jederzeit schriftlich oder durch E-Mail widerrufen können. (Art. 7 Abs. 3 DSGVO)

- Ich stimme zu, dass die persönlichen und behandlungsbezogenen Patientendaten zugänglich sind. Ich verpflichte mich, Änderungen meiner Angaben rechtzeitig mitzuteilen.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben.

Martinsried, den _____
Datum _____ Unterschrift Versicherter

Datum _____ (Bei getrenntlebenden Eltern und beidseitigem Sorgerecht
bitte Unterschrift von beiden Elternteilen)

Vielen Dank für Ihre Mithilfe!

Alle Angaben werden streng vertraulich behandelt und unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht gemäß §203 des StGB sowie den strengen Bestimmungen der Datenschutzgrundverordnung (DGSVO).

Hinweise zur Datenverarbeitung in unserer Praxis

Die Datenschutzerklärung zur Erhebung personenbezogener Daten ist in der Praxis jederzeit einsehbar.

Dr. M. Šćukić *Dr. Zoran Šćukić-*

Martinsried, den _____
Datum _____ Unterschrift Behandler