



DR. FELIX BERGSCHNEIDER
FACHPRAXIS FÜR KIEFERORTHOPÄDIE

ANMELDE- UND ANAMNESEBOGEN

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

herzlich willkommen in unserer kieferorthopädischen Praxis.

Zur Anlage Ihrer persönlichen Behandlungskartei und im Interesse einer komplikationslosen Behandlung benötigen wir von Ihnen einige Angaben. Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen vollständig und richtig. Alle Angaben unterliegen nach §203 StGB der ärztlichen Schweigepflicht.

PATIENT

Titel, Name, Vorname

Geburtsdatum, Geburtsort

Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

Telefon (privat)

Telefon (mobil)

Beruf

E-Mail-Adresse

Name der Krankenkasse/-versicherung

Privatversichert

Beihilfeberechtigt

Gesetzlich versichert

KFO-Zusatzversicherung

HAUPTVERSICHERTE PERSON/ZAHLUNGSPFLICHTIGE/R/RECHNUNGSADRESSE identisch

Titel, Name, Vorname

Geburtsdatum, Geburtsort, Alter

Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

Telefon (privat)

Telefon (mobil)

Beruf

E-Mail-Adresse

ERZIEHUNGSBERECHTIGTE/R (falls abweichend von hauptvers. Person/Zahlungspflichtige/r)

Name, Vorname

Telefon

IHR ZAHNARZT

Name, Vorname

Ort

BITTE WENDEN

BEFINDEN SICH VERWANDTE/BEKANNTE BEI UNS IN BEHANDLUNG?

Nein Ja/Name _____

WURDE DER KIEFERBEREICH IN DEN LETZTEN 12 MONATEN GERÖNTGT?

Nein Ja, bei Praxis _____

PRESSEN ODER KNIRSCHEN SIE MIT DEN ZÄHNEN?

Nein Ja

WURDE SCHON KIEFERORTHOPÄDISCH BEHANDELT?

Nein Ja, bei Praxis _____

HABEN SIE ALLERGIEN?

Nein Ja. Welche _____

HABEN SIE ERKRANKUNGEN/VERLETZUNGEN/OPERATIONEN IM MUND-, KIEFER- ODER GESICHTSBEREICH?

Nein Ja. Welche _____

LIEGT EINE SCHWERE INFEKTION (Z.B.: HIV, TBC, HEPATITIS) VOR?

Nein Ja. Welche _____

PATIENTINNEN: LIEGT EINE SCHWANGERSCHAFT VOR?

Nein Ja Ungewiss

SIND HOBBY ODER BERUF VERBUNDEN MIT:

Gesang Geige Blasinstrument _____ Ballsport _____ Kampfsport _____

RAUCHEN SIE?

Nein Ja

SIE WÜNSCHEN, DASS FOLGENDE BESONDERHEITEN BERÜCKSICHTIGT WERDEN:

DIE PRAXIS DR. FELIX BERGSCHNEIDER MÖCHTE IHNEN ZUSÄTZLICH FOLGENDE INFORMATIONEN GEBEN:

Gesetzlich versicherte Patienten:

Wir bitten darum, uns rechtzeitig bei jedem Quartalswechsel Ihre Krankenversichertenkarte vorzulegen, ansonsten gehen wir davon aus, dass Sie eine Privatbehandlung wünschen.

Privatpatienten, insbesondere Beihilfeberechtigte:

Erkundigen Sie sich bitte im Falle einer Behandlung möglichst vor Beginn der aktiven Therapie bei Ihrem Kostenträger über die mögliche Kostenerstattung. Eine vollständige Erstattung ist nicht immer gewährleistet.

Datum

Unterschrift (Patient/Versicherter/Erziehungsberechtigter)

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie die Vollständigkeit und Richtigkeit Ihrer Angaben. Bitte teilen Sie uns Änderungen schnellstmöglich mit.

Wir freuen uns über Ihren Besuch und werden Ihren Aufenthalt so angenehm wie möglich gestalten!