



**DR. SCHLEUSSNER
& KOLLEGINNEN**

Fachzahnärztinnen
für Kieferorthopädie

ANAMNESEBOGEN

Liebe Patientin,
Lieber Patient,

Wir freuen uns, Sie in unserer Praxis begrüßen zu dürfen.

Um Ihren Besuch so angenehm wie möglich zu gestalten, benötigen wir Ihre Hilfe. Wir bitten Sie, diesen Anamnesebogen gewissenhaft auszufüllen, damit wir Ihre Therapie zielgerecht Ihren Bedürfnissen anpassen können. Allgemeine Erkrankungen können Auswirkungen auf unsere kieferorthopädische Behandlung haben. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Ihre Frau Dr. Schleussner & Kolleginnen

Persönliches

Name, Vorname Geburtsdatum

Straße PLZ, Ort

Hauptversicherter

Sind Patient und Mitglied der Versicherung **nicht identisch**, ergänzen Sie bitte die Daten des Versicherungsnehmers:

Name, Vorname Geburtsdatum

Straße PLZ, Ort

Telefon Festnetz Telefon Arbeit Telefon Mobil

E-Mail Beruf, Arbeitgeber

Versicherung

Krankenkasse

Gesetzlich versichert Privat versichert Beihilfeberechtigt Zusatzversicherung

Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?

- empfohlen von _____ überweisender Zahnarzt
 im Vorbeigehen Internet

Name des Zahnarztes: _____

Wurden Sie bereits kieferorthopädisch beraten oder behandelt? ja nein
 beraten behandelt bei: _____

Allgemeine Gesundheitssituation

- | | | | |
|----------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | ja | nein | |
| Allergien | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | welche: _____ |
| Allgemeine Erkrankungen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | welche: _____ |
| Regelmäßige Medikamente | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | welche: _____ |
| Frontzahntrauma | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | wann: _____ |
| Lutschgewohnheiten (Daumen etc.) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | welche / wie lang: _____ |
| Blutgerinnungsstörung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | welche: _____ |
| Infektionskrankheiten | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | welche: _____ |

Für unsere Patientinnen: sind Sie schwanger? ja nein

Bestehen familiäre Kiefergelenksprobleme? ja nein

Sind innerhalb der letzten 12 Monate Röntgenaufnahmen der Zähne und bzw. der Kiefer gemacht worden? ja nein

Wenn ja, bei welchem Zahnarzt? _____

Bitte bestätigen Sie die Richtigkeit Ihrer Gesundheitsangaben mit Ihrer Unterschrift.

Ort, Datum

Unterschrift

Von Ihrer Kieferorthopädin auszufüllen:

Skelettale Kl. I II III

OJ: _____

OB: _____

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
			55	54	53	52	51	61	62	63	64	65			
			85	84	83	82	81	71	72	73	74	75			
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

RÖNTGENAUFNAHMEN

Röntgenaufnahmen von Zähnen und Schädelstrukturen geben wichtige Informationen für die Planung und Durchführung einer kieferorthopädischen Behandlung. Wir bitten um Ihr Einverständnis für die Anfertigung dieser Bilder.

Wir verpflichten uns, die Röntgenbilder auf eine für die Behandlung notwendige Mindestzahl zu beschränken. Unser Röntgengerät wird von der Strahlenschutzbehörde regelmäßig kontrolliert, darüber hinaus wird zum Schutz des Patienten eine Bleischürze verwendet. Weiterhin möchten wir klarstellen, dass die Strahlendosis, die für unsere digitalen Röntgenaufnahmen benötigt wird, eine geringe Belastung darstellt.

Vor dem ersten Röntgenvorgang wird der Patient befragt, ob, wann und wo sie/er in den letzten 12 Monaten geröntgt wurde und ob bei weiblichen Patienten eine Schwangerschaft besteht. Wir bitten Sie, uns im Verlauf der Behandlung **selbstständig und unaufgefordert** über weitere extern erstellte Röntgenbilder der Zahn- oder Kieferregion oder über eine mögliche Schwangerschaft zu informieren.

Ich bin damit einverstanden, dass bei meinem Kind die Röntgenaufnahmen, die für eine kieferorthopädische Behandlung als notwendig erachtet werden, durchgeführt werden dürfen.

Ort, Datum

Unterschrift des/der Erziehungsberechtigten

Ich möchte vor jeder Röntgenaufnahme informiert werden:

ja nein

Ort, Datum

Unterschrift des/der Erziehungsberechtigten

PRIVATE BEHANDLUNGSVEREINBARUNG

Mir ist bekannt, dass für mich bzw. mein Kind mit Erbringung von Leistungen Kosten nach der amtlichen Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) und Ärzte (GOÄ) anfallen. Unabhängig von der Kostenerstattung durch meine Versicherung oder Beihilfe hatte ich für die Kosten der von mir gewünschten Behandlung und für die anfallenden Material- und Laborkosten. Bei Behandlungen, die nicht in der Gebührenordnung aufgeführt sind oder deren Umfang den Gebührenrahmen überschreiten, erhält der Patient einen spezifizierten Kostenvoranschlag.

Ort, Datum

Unterschrift des/der Erziehungsberechtigten