

## Patientenbogen Kinder

Herzlich willkommen in der **Fachpraxis für Kieferorthopädie Dr. Speth in Hamm**. Gerne möchten wir Sie - mit viel Ruhe und Zeit - allumfassend beraten, damit individuell auf Ihre Wünsche eingegangen werden kann.

Aus diesem Grund benötigen wir sowohl Ihre persönlichen Daten, sowie Ihre medizinischen Auskünfte über bestimmte Medikamente, Krankheiten usw. Selbstverständlich werden Ihre Angaben bei uns diskret behandelt.

**Vielen Dank!**

### Patient

Name:	<input type="text"/>	Vorname:	<input type="text"/>
Geburtsdatum:	<input type="text"/>	Straße, Nr.:	<input type="text"/>
PLZ/Ort:	<input type="text"/>	Krankenkasse:	<input type="text"/>

### Versicherter

Rechnungsempfänger  Ja  Nein

Name:	<input type="text"/>
Vorname:	<input type="text"/>
Geburtsdatum:	<input type="text"/>
Straße, Nr.:	<input type="text"/>
PLZ/Ort:	<input type="text"/>
Tel. privat:	<input type="text"/>
Mobil:	<input type="text"/>
E-Mail:	<input type="text"/>

### weiterer Erziehungsberechtigter

Rechnungsempfänger  Ja  Nein

Name:	<input type="text"/>
Vorname:	<input type="text"/>
Geburtsdatum:	<input type="text"/>
Straße, Nr.:	<input type="text"/>
PLZ/Ort:	<input type="text"/>
Tel. privat:	<input type="text"/>
Mobil:	<input type="text"/>
E-Mail:	<input type="text"/>

### Versicherungsart

- gesetzlich versichert                       Beihilfe                       privat voll-versichert  
 Basistarif einer privaten Versicherung                       freiwillig versichert

### 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.praxis-speth.de](http://www.praxis-speth.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 sowie eine fachgerechte medizinische Behandlung erforderlich. Ihre Angaben werden streng vertraulich behandelt: Sie unterliegen sowohl der ärztlichen Schweigepflicht gemäß § 203 des Strafgesetzbuches, als auch den strengen Bestimmungen des Datenschutzgesetzes. Nur im Rahmen mit einer Abrechnungsgesellschaft werden abrechnungsspezifische Daten an die Verantwortlichen weitergegeben.

### Für gesetzlich versicherte Patienten

**Ihre Krankenversicherung verlangt, dass die Krankenversicherungskarte zu jedem Praxisbesuch mitgebracht werden soll.** Liegt die Versicherungskarte innerhalb von 14 Tagen nach Behandlung (bzw. Rechnungsstellung) nicht vor, so muss die Behandlung als Privatbehandlung betrachtet werden und eine entsprechende Rechnung nach GOZ (Gebührenordnung für Zahnärzte) zugestellt werden.

Bitte wenden!  


## Patientenbogen Kinder

### 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)
- Ich bin damit einverstanden, dass mein behandelnder Zahnarzt über die geplanten kieferorthopädischen Maßnahmen und den Verlauf der Behandlung informiert wird.  Ja  Nein
- 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
- Wurde oder wird eine physiotherapeutische oder osteopathische Behandlung durchgeführt?  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 bin damit einverstanden, dass meine Daten bzw. die Daten des Patienten per EDV gespeichert werden und ggf. an eine Abrechnungsgesellschaft weitergeleitet werden. Im Falle einer Praxis- Übergabe oder im Falle der Beschäftigung eines Vertreters bin ich damit einverstanden, dass die Karteikarte mit den persönlichen Daten auf den Nachfolger bzw. Praxisvertreter übergeben wird. Ich bin damit einverstanden, dass meine persönlichen Daten, soweit sie für die Abrechnung der von mir in Anspruch genommenen Leistungen von Bedeutung sind, von dem mich behandelnden Arzt/Krankenhaus im Falle des Zuzahlungsverzugs zum Zweck des Forderungseinzugs an einen Dritten (Inkassounternehmen) weitergegeben werden.

**Hiermit bestätige ich, diesen Anmeldebogen sorgfältig durchgelesen zu haben sowie die Fragen nach meinem besten Wissen wahrheitsgemäß beantwortet zu haben. Über Änderungen werde/n ich/wir die Praxis sofort in Kenntnis setzen.**

Datum

Unterschrift Erziehungsberechtigter

Unterschrift weiterer Erziehungsberechtigter