



Dr. med. dent.

Jens Ostwald
Fachzahnarzt für Kieferorthopädie

Anmeldebogen Erwachsene

Herzlich willkommen in der Praxis Dr. Jens Ostwald! Wir möchten uns mit Ihnen in Ruhe über Ihre kieferorthopädischen Wünsche unterhalten und Sie umfassend beraten. Dazu benötigen wir zu Ihrem nächsten Termin neben Ihren Personalien, Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Ihre Angaben werden streng vertraulich behandelt. Sie unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht gemäß §203 des StGB sowie den strengen Bestimmungen des Datenschutzes.

Patient

Name:	_____	Tel.Nr.:	_____
Vorname:	_____	Mobil:	_____
Straße, Nr.:	_____	Krankenkasse:	_____
PLZ/Ort:	_____	(Name und Ort)	_____
Geb. Datum:	_____		

Zahlpflichtiger

Name:	_____	Vorname des Ehegatten:	_____
Vorname:	_____	Geb. Datum:	_____
Geb. Datum:	_____	Arbeitgeber:	_____
Arbeitgeber:	_____	Beruf:	_____
Beruf:	_____	Mobil:	_____
Tel. gesch.:	_____	E-Mail:	_____

Versicherungsart

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> gesetzl. versichert | <input type="checkbox"/> Basistarif einer privaten Versicherung |
| <input type="checkbox"/> freiwillig versichert | <input type="checkbox"/> Zusatzversicherung für Kieferorthopädie |
| <input type="checkbox"/> privat voll-versichert | <input type="checkbox"/> Beihilfe |

Name des Zahnarztes: _____

Name des Hausarztes: _____

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Bekannte / Verwandte | <input type="checkbox"/> Internet (Arzt- oder Gesundheitsportale) | <input type="checkbox"/> Zus. informiert auf www.kfo-ostwald.de |
| <input type="checkbox"/> Werbung (Anzeige, Tagespresse/Fachzeitschrift etc.) | <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ | |

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient, meine/unsere Rechnungen bearbeitet die PVS/Schleswig-Holstein • Hamburg rKv. Durch diese erhebliche Entlastung von Verwaltungsarbeiten bleibt mehr Ruhe und Zeit für die Patienten. Die PVS ist bereits 1926 als berufsständische Gemeinschaftseinrichtung von Ärzten/Zahnärzten gegründet worden. Sie steht unter ärztlicher Leitung und arbeitet ausschließlich nach den Weisungen der Ärzte. Die Mitarbeiter der PVS unterliegen - wie der Arzt/Zahnarzt selbst - gemäß §203 StGB den Bestimmungen der Schweigepflicht und des Datenschutzgesetzes.

Sie werden gebeten, durch Ihre Unterschrift Ihr - im Einzelfall widerrufliches - Einverständnis zu erteilen, dass alle zur Rechnungserstellung notwendigen Daten, wie Anschrift, Geburtsdatum, Kostenträger, Behandlungstage, erbrachte Leistungen nach der Gebührenordnung und dazugehörige Diagnosen an die PVS weitergeleitet und die Rechnungsforderungen an die PVS zum Einzug abgetreten werden.

Zusätzlich bitten wir um Ihr Einverständnis zur Weitergabe Ihrer erforderlichen personenbezogenen und medizinischen Daten an die ggf. mitbehandelnden Ärzte und die für die Durchführung etwaiger Spezialuntersuchungen (Labor, Röntgen, Gewebeprobe etc.) hinzugezogenen Ärzte oder Institutionen.

Im Falle der 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.

Datum _____

Unterschrift _____

Bitte wenden!



Wir wünschen einen angenehmen Aufenthalt in unserer Praxis. Besuchen Sie uns im Internet unter www.kfo-ostwald.de



Anmeldebogen Erwachsene

Allgemeine Gesundheitsangaben

- Bestehen allgemeinmedizinische Erkrankungen (Herz, Leber, Niere, Blutgerinnungsstörungen, Asthma, Zuckerkrankheiten) oder Infektionskrankheiten (Hepatitis, Aids)? ja nein
Wenn ja, welche? _____
- Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? ja nein
Welche und wozu? _____
- Bestehen Allergien oder Unverträglichkeiten? ja nein
Welche? _____

Fragen zur Röntgenuntersuchung

- Wurden Sie innerhalb der letzten 12 Monate im Kopf- / Kieferbereich geröntgt? ja nein
- Bei Frauen: Besteht derzeit eine Schwangerschaft? Welcher Monat? _____ ja nein

Fragen aus kieferorthopädischen Gründen

- Fand schon einmal eine kieferorthopädische Beratung statt? ja nein
Bei welchem Arzt? _____
- Wurde schon einmal kieferorthopädisch behandelt? ja nein
Bei welchem Arzt? _____
- Wurde eine kieferorthopädische Behandlung abgebrochen? ja nein
Bei welchem Arzt? _____
- Was stört Sie am meisten an Ihrer Zahn- und Kieferstellung? _____

- Bestehen Kiefergelenksbeschwerden oder-knacken? ja nein
- Bestehen häufig Kopfschmerzen, Schmerzen im Gesichtsbereich oder beim Kauen? ja nein
Welche? _____
- Besteht oder bestand Zähneknirschen oder Zähnepressen? ja nein
Bis wann? _____
- Gab es Unfälle mit Beteiligung der Zähne und des Kiefers? ja nein
Wenn ja, welche? _____
- Besteht Mundatmung oder häufige Erkältung oder Schnarchen? ja nein
Was? _____
- Waren Sie bereits in Behandlung eines Hals-Nasen-Ohrenarztes, Neurologen oder Orthopäden (im Zusammenhang mit Erkrankungen des Kiefers / der Zähne)? ja nein
Wann und was wurde gemacht? _____

Eigene Anmerkungen: _____

Datum _____

Unterschrift _____