



Dr. med. dent.

Jens Ostwald
Fachzahnarzt für Kieferorthopädie

Anmeldebogen Kinder

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

- gesetzl. versichert
- freiwillig versichert
- privat voll-versichert
- Basistarif einer privaten Versicherung
- Zusatzversicherung für Kieferorthopädie
- Beihilfe

Name des Zahnarztes: _____
 Name des Hausarztes: _____

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

- Bekannte / Verwandte
 - Internet (Arzt- oder Gesundheitsportale)
 - Werbung (Anzeige Tagespresse/Fachzeitschrift etc.)
 - Sonstiges: _____
- Zus. informiert auf www.kfo-ostwald.de

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 Kinder

Allgemeine Gesundheitsangaben

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

Fragen zur Röntgenuntersuchung

- Wurde innerhalb der letzten 12 Monate im Kopf- / Kieferbereich geröntgt? ja nein
- Bei Mädchen: Besteht derzeit eine Schwangerschaft? 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? _____
- 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? _____
- War Ihr Kind bereits in Behandlung eines Hals-Nasen-Ohrenarztes? ja nein
Wenn ja, was wurde gemacht? Mandeln wurden entfernt Polypen wurden entfernt
Sonstiges: _____
- Bestand oder besteht Zungenpressen, Lippenbeißen, Nägelkauen, Bleistiftkauen? ja nein
Bis wann? _____
- Besteht ein Sprachfehler (z.B. Lispeln) oder wurde bereits eine logopädische Behandlung durchgeführt? Wenn ja, wann? ja nein

- Bestand oder besteht Daumenlutschen, Nägelkauen oder wurde/wird noch ein Schnuller genommen? Wenn ja bis wann? ja nein

_____ Datum

_____ Unterschrift