

# Anmeldebogen Erwachsene



## Kieferorthopädie am Quellhöfle

Herzlich willkommen in der Kieferorthopädie am Quellhöfle!  
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:	<input type="text"/>	Tel.Nr.:	<input type="text"/>
Vorname:	<input type="text"/>	Mobil:	<input type="text"/>
Straße, Nr.:	<input type="text"/>	Krankenkasse:	<input type="text"/>
PLZ/Ort:	<input type="text"/>	(Name und Ort)	<input type="text"/>
Geb. Datum:	<input type="text"/>		<input type="text"/>

### Versicherter

Name:	<input type="text"/>	Vorname des Ehegatten:	<input type="text"/>
Vorname:	<input type="text"/>	Geb. Datum:	<input type="text"/>
Geb. Datum:	<input type="text"/>	Arbeitgeber:	<input type="text"/>
Arbeitgeber:	<input type="text"/>	Beruf:	<input type="text"/>
Beruf:	<input type="text"/>	Mobil:	<input type="text"/>
Tel. gesch.:	<input type="text"/>	E-Mail:	<input type="text"/>

### 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 vollversichert | <input type="checkbox"/> Beihilfe                                |

Name des Zahnarztes:

Name des Hausarztes:

### Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

Empfehlung von:  Bekannte / Verwandte:  Name  Arzt / Zahnarzt:  Name

Werbung (Anzeige Tagespresse/Fachzeitschrift etc.)  zus. informiert auf [www.kfo-huebler.de](http://www.kfo-huebler.de)

Internet:  Google  Arzt- oder Gesundheitsportale, welche?

Sonstiges:

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 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.

BITTE RÜCKSEITE BEACHTEN!

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Datum	Unterschrift

Wir wünschen einen angenehmen Aufenthalt in unserer Praxis. Besuchen Sie uns im Internet unter [www.kfo-huebler.de](http://www.kfo-huebler.de)



## Kieferorthopädie am Quellhölle

### 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

- Wurden Sie schon einmal kieferorthopädisch behandelt? 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? Ja  Nein

Wann und was wurde gemacht? \_\_\_\_\_

Eigene Anmerkungen: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Nach den Richtlinien unter Punkt 5 (Kieferorthopädie) Abs. 4 des Bundesausschusses der Zahnärzte und gesetzlichen Krankenkassen vom 01. Januar 2004 gehören kieferorthopädische Behandlungen bei Versicherten, die zu Beginn der Behandlung das 18. Lebensjahr vollendet haben, nicht zur Vertragszahnärztlichen Versorgung. Dies betrifft auch die Erstberatung und Untersuchung.

Wir wünschen einen angenehmen Aufenthalt in unserer Praxis. Besuchen Sie uns im Internet unter [www.kfo-huebler.de](http://www.kfo-huebler.de)

# Anmeldebogen Kinder



## Kieferorthopädie am Quellhöfle

Herzlich willkommen in der Kieferorthopädie am Quellhöfle!  
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:	<input type="text"/>	Tel.Nr.:	<input type="text"/>
Vorname:	<input type="text"/>	Mobil:	<input type="text"/>
Straße, Nr.:	<input type="text"/>	Krankenkasse: (Name und Ort)	<input type="text"/>
PLZ/Ort:	<input type="text"/>		<input type="text"/>
Geb. Datum:	<input type="text"/>		<input type="text"/>

### Versicherter

Name:	<input type="text"/>	Vorname des Ehegatten:	<input type="text"/>
Vorname:	<input type="text"/>	Geb. Datum:	<input type="text"/>
Geb. Datum:	<input type="text"/>	Arbeitgeber:	<input type="text"/>
Arbeitgeber:	<input type="text"/>	Beruf:	<input type="text"/>
Beruf:	<input type="text"/>	Mobil:	<input type="text"/>
Tel. gesch.:	<input type="text"/>	E-Mail:	<input type="text"/>

### 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 vollversichert | <input type="checkbox"/> Beihilfe                                |

Name des Zahnarztes:	<input type="text"/>
Name des Hausarztes:	<input type="text"/>

### Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

Empfehlung von:	<input type="checkbox"/> Bekannte / Verwandte: <input type="text"/> <small>Name</small>	<input type="checkbox"/> Arzt / Zahnarzt: <input type="text"/> <small>Name</small>
<input type="checkbox"/> Werbung (Anzeige Tagespresse/Fachzeitschrift etc.)	<input type="checkbox"/> zus. informiert auf <a href="http://www.kfo-huebler.de">www.kfo-huebler.de</a>	
Internet:	<input type="checkbox"/> Google <input type="checkbox"/> Arzt- oder Gesundheitsportale, welche? <input type="text"/>	
<input type="checkbox"/> Sonstiges:	<input type="text"/>	

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 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.

BITTE RÜCKSEITE BEACHTEN!

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Datum	Unterschrift

Wir wünschen einen angenehmen Aufenthalt in unserer Praxis. Besuchen Sie uns im Internet unter [www.kfo-huebler.de](http://www.kfo-huebler.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? Welcher Monat? \_\_\_\_\_ Ja  Nein

### Fragen aus kieferorthopädischen Gründen

- Wurde schon einmal kieferorthopädisch behandelt? Ja  Nein   
Bei welchem Arzt? \_\_\_\_\_ Wurde die Behandlung abgebrochen? Ja  Nein
- 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 entfernt  Polypen wurden entfernt
- Bestand oder besteht eine Lutschgewohnheit (Daumen, Schnuller), Lippenbeißen, Nägel-, Bleistiftkauen? Ja  Nein   
Wenn ja, bis wann? \_\_\_\_\_
- Waren oder sind Geschwister in kieferorthopädischer Behandlung? Ja  Nein   
Bei welchem Arzt? \_\_\_\_\_
- Liegen ähnliche Fehlstellungen in der Familie vor? Ja  Nein   
Welche und bei wem? \_\_\_\_\_
- Wann kamen die ersten Milchzähne? Vor dem 6.-7. Mon.: \_\_\_\_\_ nach dem 8. Mon.: \_\_\_\_\_
- Besteht ein Sprachfehler (z.B. Lispeln) oder wurde bereits eine logopädische Behandlung durchgeführt? Ja  Nein   
Wenn ja, wann? \_\_\_\_\_