

Herzlich Willkommen in unserer Praxis für Kieferorthopädie!

Wir wünschen uns, daß Sie sich bei uns in der Praxis wohlfühlen. Wir bemühen uns, auf Ihre individuellen Wünsche und Bedürfnisse einzugehen. Zunächst bitten wir Sie um Angabe Ihrer **persönlichen Daten**:

Name, Vorname des **Patienten** _____ Geburtsdatum _____ Telefonnummer mit der besten Erreichbarkeit _____

Name, Vorname des **Versicherten** (falls nicht identisch) _____ Geburtsdatum _____ Krankenkasse _____

Strasse und Hausnummer _____ Postleitzahl und Ort _____ **ja** **nein**
für Privatversicherte: Sind Sie **beihilfeberechtigt**?

Beruf _____ ggf. weitere Telefonnummern (privat, dienstlich, mobil...) bzw. e-mail-Adresse _____

Hausarzt (bzw. Kinderarzt oder überweisender Arzt) _____ Zahnarzt _____ Tel. des Zahnarztes, falls vorhanden _____

Mit dem folgenden **"Anamnesebogen"** möchten wir Ihnen "auf den Zahn fühlen"....☺. Nein, ernsthaft: Ihre **Angaben zum Gesundheitszustand bei Ihnen bzw. Ihrem Kind** sind für Ihre Behandlung u. U. sehr wichtig. Bitte lesen Sie die medizinischen Fragen sorgfältig und in Ruhe durch – es geschieht im Interesse *Ihrer* Gesundheit! Sollten Sie einmal eine Frage nicht eindeutig beantworten können, so markieren Sie diese bitte mit einem **'***, so dass wir im anschließenden Gespräch ggf. näher und diskret darauf eingehen können.

Schwerpunkt: Allgemeine Erkrankungen

	ja	nein		ja	nein
Allergien _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <small>(v.a. Metalle, Latex, Medikamente, Heuschnupfen, Neurodermitis)</small>			Herzerkrankungen _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <small>(u.a. Herzklappenerkrankung, Endokarditis, Myokarditis, Herzrhythmusstörung)</small>		
Erkrankungen der Atemwege _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <small>(v. a. Heuschnupfen, Asthma, häufige Erkältungen, häufige Mandelentzündungen)</small>			Bluterkrankungen _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <small>(u.a. zu hoher Blutdruck, zu niedriger Blutdruck, Blutgerinnungsstörung = "zu langes Nachbluten")</small>		
schwere Infektionskrankheiten _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <small>(u. a. AIDS ["HIV positiv"], Hepatitis [Gelbsucht], Tuberkulose)</small>			andere schwere Erkrankungen _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <small>(u.a. Schilddrüsen-, Leber-, oder Magen-Darm-Erkrankungen, Diabetes ["Zucker"])</small>		
Nervenerkrankungen _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <small>(u. a. Neuralgie, Anfallsleiden [Epilepsie])</small>			hohe psychische Belastungen _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <small>(im privaten sowie im beruflichen Bereich)</small>		

Schwerpunkt: "Kiefergelenk" und damit verbundene Erkrankungen

	ja	nein		ja	nein
Kiefergelenkschmerzen _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <small>(Schmerzen in oder vor dem Ohr, Schmerzen der Kau-, Gesichts-, Schläfen- oder Nackenmuskulatur)</small>			Kiefergelenkgeräusche _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <small>("Knacken" oder "Reiben" bei der Mundöffnung, beim Kauen oder Gähnen)</small>		
Kopf- oder Rückenschmerzen _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			Ohrgeräusche ("Tinnitus") _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
Zähneknirschen oder "Pressen" _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <small>([morgendliche] Verspannung der Kaumuskulatur?)</small>			Unfälle, Verletzungen _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <small>(auch vermeintliche Bagatel- sowie Autounfälle)</small>		

Schwerpunkt: Weitere, auch kieferorthopädisch relevante Symptome

	ja	nein		ja	nein
Schnarchen _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			Mundatmung/fehlender Lippenschluss _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <small>(vielleicht [morgendliche] Mundtrockenheit? – ausser natürlich beim Sport und Erkältungen)</small>		
Tagesmüdigkeit _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <small>(das Gefühl, morgens unausgeschlafen zu sein?, "Sekundenschlaf" am Steuer?, "Einnicken" am Tage?)</small>			Mundgeruch/"schlechter Atem" _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
(nächtliche) Atmungsstörungen _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <small>(bzw. unregelmässige Atmung, die ggf. Ihr Partner bei Ihnen beobachtet)</small>					

Welche **Medikamente** nehmen Sie/Ihr Kind zur Zeit ein? _____

Gegen welche **Medikamente** besteht eine **Unverträglichkeit**? _____

Welche Körperregion wurde **ungefähr wann zuletzt geröntgt**? _____

Wann und bei welchem Arzt wurde(n) in den letzten 12 Monaten (ein) **Röntgenbild(er) der Zähne und/oder Kiefer** gemacht? _____

Unsere Patient/innen betreffend: Kann eine **Schwangerschaft** zum jetzigen Zeitpunkt definitiv **ausgeschlossen** werden? (Röntgen!) ja nein

Führt Ihr Zahnarzt bei Ihnen/Ihrem Kind regelmäßig **Prophylaxe** (Aufklärung über Zahnputztechnik, Mundhygiene und Ernährung) durch? weiß nicht ja nein

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?
(Überweisung durch Hauszahnarzt/anderen Arzt, Empfehlung durch Freunde, Bekannte, Verwandte, eigene Initiative, Gelbe Seiten, "Sonstiges") _____

Wir danken Ihnen für Ihre Mithilfe bei den obigen Angaben. Diese unterliegen der **ärztlichen Schweigepflicht**. – Bitte denken Sie daran, uns über eventuelle **Änderungen Ihrer persönlichen Daten** und **Ihres Gesundheitszustands** im Laufe einer kieferorthopädischen Therapie zu **informieren**.

Leider nicht zu vermeiden: Auch wir haben Wichtiges unter der Rubrik

"Kleingedrucktes" (☹):

Kurzfristige Terminabsagen

Bitte bedenken Sie, daß wir für Ihre Beratung und Behandlung feste Termine vereinbaren und speziell für Sie Zeit einplanen. **Falls Sie einen Termin einmal nicht einhalten können, sagen Sie ihn bitte rechtzeitig ab**, spätestens jedoch 24 Stunden zuvor. Andernfalls müssen wir Ihnen den versäumten Termin mit **25,- € pro eingeplanter Viertelstunde** in Rechnung zu stellen.

Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Um Ihre Behandlung optimal durchführen zu können, ist oft ein interdisziplinäres Vorgehen sinnvoll. Weiterhin möchten die Krankenversicherer die diagnostischen Unterlagen prüfen, *bevor* sie eine Zusage zur (teilweisen) Übernahme der Behandlungskosten geben. Um weitere Bürokratie und Verzögerungen zu vermeiden, bitten wir Sie, **uns mit Ihrer Unterschrift von der Einhaltung der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber mitbehandelnden Kollegen sowie gegenüber Ihrer Krankenversicherung zu entbinden**.

Krankenversichertenkarte der Patienten der gesetzlichen Krankenkasse

Wir bitten Sie, **zum ersten Termin eines jeden Quartals ihre aktuelle (!) Krankenversichertenkarte mitzubringen (mitbringen zu lassen)**. Sollte uns diese bis spätestens 14 Tage vor Quartalsende *nicht* vorliegen, so sind wir berechtigt, Ihnen eine Privatrechnung nach der privaten "Gebührenordnung für Zahnärzte" zu stellen.

Datenschutz

Wir bitten Sie um Ihr Einverständnis, Ihre Behandlungsunterlagen (Röntgenbilder, Modelle der Kiefer, Fotos der Zähne sowie Profil- und En-face-Fotografien) ggf. für wissenschaftliche Präsentationen verwendet zu dürfen. Selbstverständlich werden die Daten in diesem Fall anonymisiert.

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie die Richtigkeit Ihrer Angaben, die Kenntnisnahme der oben genannten Hinweise, die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht sowie die Verwendung Ihrer Behandlungsunterlagen im oben angegebenen Rahmen.

Berlin, den _____
Datum

Unterschrift (des Erziehungsberechtigten)

☺ **Yoooppiiiiiiii!!!** Nun, nach diesen "Formalitäten" können wir uns ganz auf Ihr (kieferorthopädisches) Anliegen, auf Ihre Gesundheit und auf das Erreichen des ästhetischen und funktionellen Optimums für Ihre Zähne und Ihr ganzes "Kauorgan" konzentrieren. Sollten im Laufe der Beratung und Behandlung Fragen, Missverständnisse, Schwierigkeiten, Probleme, Kritik, Anregungen auftreten, zögern Sie bitte nicht, uns anzusprechen. Natürlich freuen wir uns auch über ein positives Feedback.... ☺

Zunächst aber freuen wir uns auf eine angenehme und erfolgreiche Zusammenarbeit mit Ihnen.

Ihr KFO-Praxisteam „Ermer & Partner“