DR. CHRISTINA ECKERT-BRUMMET
Fachpraxis für Kieferorthopädie

Anmeldung PRAXIS Dr. Christina Eckert - Brummet

Nachname des Patienten	Nachname des Versicherten
Vorname Geb.datum	Vorname Geb.datum
Straße, Haus-Nr.	PLZ, Ort
Vorname des Ehegatten Geb.datum	E-Mail
Tel/Handy	Zahnarzt

Anamnese (Krankengeschichte)

I. Allgemeinanamnese

	JA	NEIN
01. War der Patient *früher* schon in kieferorthopädischer Behandlung/Beratung ?	☐	☐
- wenn ja, bei wem / wo: Dr._____ in _____		
02. Befindet sich der Patient *derzeit* in kieferorthopädischer Behandlung ?	☐	☐
- wenn ja, bei wem / wo: Dr._____ in _____		
03. Wurde diese Behandlung zu Ende geführt ?	☐	☐
- wenn nein, bitte Grund angeben: _____		

JA NEIN

II. Familienanamnese

04. Gab/Gibt es in der Großfamilie auffällige Gebisse? ☐ ☐

Wer ? _____

05. Sind in der Großfamilie Nichtanlagen von Zähnen bekannt ? ☐ ☐

JA NEIN

III. Patientenanamnese

06. Leidet oder litt der Patient an einer der genannten Krankheiten ? ☐ ☐

- wenn ja, welche: ☐ Rachitis ☐ Diabetes ☐ Hepatitis

☐ Herzleiden ☐ Epilepsie ☐ Sonstige: _____

07. Nimmt der Patient Medikamente ein ? ☐ ☐

- wenn ja, welche _____

08. Hat der Patient Probleme mit der Nasenatmung ? ☐ ☐

☐ Asthma ☐ Allergisches Asthma

☐ Häufige Erkältungen

☐ Mundatmung ☐ Schnarchen

09. Hat der Patient eine Allergie oder Heuschnupfen ? ☐ ☐

10. Wurden Hals-, Nasen-, Ohrenärztliche Operationen durchgeführt ? ☐ ☐

☐ Gaumenmandeln wann: _____

☐ Rachenmandel („Polypen“) wann: _____

☐ Parazentese (Röhrchen im Trommelfell) wann: _____

☐ Nasenscheidewand wann: _____

11. Hat der Patient als Kleinkind übermäßig gelutscht d.h. über 2 Jahre? ☐ ☐

12. Hat oder hatte der Patient eine logopädische Behandlung? ☐ ☐

13. Hatte der Patient einen Unfall mit Zahnverletzung? ☐ ☐

14. Knirscht der Patient mit den Zähnen ? ☐ ☐

15. Bestehen Kiefergelenkknacken oder -beschwerden ? ☐ ☐

16. Welche Hobbys hat der Patient ?

_____

JA NEIN

IV. Klärung des Versicherungsstatus

17. Ist der Patient beihilfeberechtigt (Beamtenrecht)? ☐ ☐

Bitte beachten Sie, dass kieferorthopädische Beratungen bei erwachsenen Patienten (über 18 Jahre) keine Kassenleistung sind und privat berechnet werden müssen.

Bitte teilen Sie Veränderungen in den obigen Angaben unbedingt dem behandelnden Kieferorthopäden mit. Dies umfasst auch einen Krankenkassen- oder Wohnungswechsel während der Behandlung.

EINVERSTÄNDNIS

Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten bzw. die Daten des Patienten per EDV gespeichert werden. Auch können Ihre personenbezogenen Daten zu Zwecken der Qualitätsicherung herangezogen werden. Weitere Informationen zur Datenverarbeitung erhalten Sie unter folgendem Link http://www.g-ba.de/beschluesse/4036/.

Neuburg, den

_____

Unterschrift des Erziehungsberechtigten
bzw. des Patienten