

## Anmeldung

Nachname des Patienten	Nachname des Versicherten
Vorname des Patienten                      Geburtsdatum	Vorname des Versicherten                      Geburtsdatum
Straße, Hausnummer	Arbeitgeber
PLZ, Ort	Vorname des Ehegatten                      Geburtsdatum
Telefon	Arbeitgeber
Zahnarzt	Geschwister des Patienten in Behandlung
Krankenkasse	Zusatzversicherung Email-Adresse

Wie wurden Sie auf die Praxis aufmerksam? \_\_\_\_\_

## Anamnese (Krankengeschichte)

Ja    Nein

### I. Allgemeinanamnese

     War der Patient *früher* schon in kieferorthopädischer Behandlung?  
wenn ja, bei wem / wo: Dr. \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_

Welche Art der Fluoridierung verwendet der Patient?

Prophylaxe beim Zahnarzt                       Fluoridtabletten  
 Fluorid Speisesalz                                       Elmex Gelee

### II. Familienanamnese

     Kommen Gebissunregelmäßigkeiten in Ihrer Familie vor? Wenn ja in  
welcher Form: \_\_\_\_\_

### III. Patientenanamnese

     Leidet der Patient unter einer Allgemeinerkrankung?  
Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

     Nimmt der Patient Medikamente ein?  
Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

**Ja    Nein**

- Liegt eine Allergie vor?  
Wenn ja, welche ? \_\_\_\_\_
- Liegt eine gewohnheitsmäßige Mundatmung / evtl. mit Schnarchen vor?
- Wurden HNO Operationen durchgeführt?  
Wenn ja, welche ? \_\_\_\_\_
- Hat der Patient als Kind gelutscht?  
Wenn ja, was und wie lange? \_\_\_\_\_
- Liegt eine Fehlgewohnheit im Lippen- oder Zungenbereich vor?  
 Lippenbeißen     Lippensaugen     Lippenlecken  
 Nägelkauen       Bleistiftkauen     sonstiges
- Liegt ein Sprachfehler vor?  
Wenn ja, welcher ?  
\_\_\_\_\_  
Wurde bereits eine logopädische Behandlung durchgeführt? Ja Nein
- Hatte der Patient einen Unfall mit Zahnbeteiligung in der  
Vergangenheit?  
Wenn ja, welchen? \_\_\_\_\_
- Bestehen Kiefergelenksprobleme (Knacken, Knirschen Schmerzen)?  
Wenn ja, welche ? \_\_\_\_\_
- Wünschen Sie eine osteopathische Begleittherapie?

Herrsching, den 19.07.2020

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Erziehungsberechtigten

## Informationsblatt für unsere Patienten und dessen Erziehungsberechtigte.

Was bei einer kieferorthopädischen Behandlung zu beachten ist!

I Nach Genehmigung einer Kieferorthopädischen Behandlung durch die Krankenkasse fällt für Patienten ein Eigenanteil von 20% (erstes Kind) bzw. 10% (zweites Kind und jedes folgende Kind) an. Dieser Eigenanteil wird auf der Rechnung am Ende des Quatals ausgewiesen. Nach erfolgreichem Behandlungsabschluss erstattet die Krankenkasse dem Patienten die gesamten Eigenanteile zurück. Deshalb ist es wichtig, dass Sie die Rechnungen sorgfältig aufheben.

II Für eine erfolgreiche Behandlung wird vom Patienten und dessen Erziehungsberechtigten eine zuverlässige Mitarbeit vorausgesetzt. Dies beinhaltet eine gute Zahnpflege, das gewissenhafte Tragen sowie die Reinigung der kieferorthopädischen Apparaturen. Der pflegliche Umgang mit Behandlungsgeräten wird vorausgesetzt. Ein regelmäßiges Erscheinen zu den Behandlungsterminen ist absolut notwendig, damit die Geräte überprüft und angepasst werden können. Werden diese Anforderungen nicht erfüllt, so ist der Zahnarzt bei Kassenpatienten laut § 8 Abs. 5 BMV-Z Vertrag verpflichtet, die Kasse über Unregelmäßigkeiten zu informieren und die Behandlung abzubrechen. Bei unzureichender Mitarbeit des Kindes und einem Abbruch der Behandlung erfolgt keine Erstattung der Eigenanteile!

III Wir bitten Sie, Behandlungstermine, die Sie nicht wahrnehmen können frühzeitig abzusagen. Bitte informieren Sie uns spätestens 24h vorher - gerne auch per E-Mail: [info@ kieferorthopädie-hersching.de](mailto:info@kieferorthopädie-hersching.de)  
Termine, die bei wiederholtem Male nicht rechtzeitig abgesagt werden, müssen mit einer Ausfall-Gebühr in Höhe von 20€ in Rechnung gestellt werden.

IV Gerne laden wir Sie und Ihr Kind zu einem Motivationsabend ein. Informationen hierzu erhalten Sie bei uns in der PRAXIS.

Wir wünschen Ihnen und Ihrem Kind viel Spaß und viel Erfolg!

---

Datum und Unterschrift des Erziehungsberechtigten