

ANMELDEBOGEN

Herzlich willkommen in unserer Praxis für Kieferorthopädie. Wir möchten uns mit Ihnen in Ruhe über Ihre kieferorthopädischen Wünsche unterhalten und Sie umfassend beraten. Dazu benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist für eine adäquate und angenehme Behandlung sehr wichtig. Unsere Anmeldung nimmt Ihre Angaben selbstverständlich streng vertraulich und diskret entgegen.



Dres. med. dent.
Bönninghoff + Becker
Kieferorthopädie

• PATIENT

Name _____

Vorname _____

Geb.Datum _____

Straße/Nr. _____

PLZ/Ort _____

Telefon _____

Ihr behandelnder Zahnarzt _____

privat voll-versichert Basis-Tarif einer privaten Versicherung

gesetzlich versichert freiwillig versichert

Beihilfe Zusatzversicherung f. Kieferorthopädie

• VERSICHERTER

Name _____

Vorname _____

Geb.Datum _____

Straße/Nr. _____

PLZ/Ort _____

Telefon _____

Dem Unterzeichner ist bekannt, dass er nach vorheriger Aufklärung, für Kosten im Rahmen der Beratung oder Behandlung, die nicht von der Krankenkasse oder Beihilfe übernommen werden, selber aufkommen muss. Unsere Praxis wird nach dem Bestellsystem geführt, um Ihnen längere Wartezeiten zu ersparen. Wir reservieren Ihnen bei entsprechenden Behandlungen z. T. mehrere Stunden. Das bedeutet natürlich Leerlauf für uns, wenn Sie Ihren Termin nicht einhalten. Um Ihnen und uns Ärger zu ersparen, bitten wir darum, alle Termine pünktlich einzuhalten und im Falle einer Verhinderung rechtzeitig (spätestens 24 Stunden vor dem Termin) abzusagen. Wir weisen Sie darauf hin, dass wir im Falle Ihres Nichterscheinens ohne rechtzeitige Absage den entstandenen Ausfall in Rechnung stellen. Bei wichtigen, dringenden Fragen können Sie uns selbstverständlich auch telefonisch erreichen.

Ort, Datum _____

Unterschrift _____

(Des Versicherten; bei Minderjährigen des Erziehungsberechtigten)

Wie sind Sie auf die Praxis aufmerksam geworden?

Bekannte oder Verwandte Internet

Werbung (Anzeige Tageszeitung / Fachzeitschrift etc.)

Dr. med. dent. **Mechthild Bönninghoff** · Dr. med. dent. **Julia Becker**

Rekumer Straße 2 · 45721 Haltern

02364 - 92 92 11 · 02364 - 92 92 12 fax

info@boeninghoff-becker.de · www.boeninghoff-becker.de

• Wurde bereits eine kieferorthopädische Beratung / Behandlung durchgeführt? ja nein

Wenn ja, wo? _____

• Sind oder waren Eltern / Geschwister in kieferorthopädischer Behandlung? ja nein

• Gab es Unfälle mit Beteiligung der Zähne? ja nein

• Bestehen allgemeinmedizinische Erkrankungen (Herz, Niere, Leber, Blutgerinnungsstörungen, Zuckerkrankheit) oder Infektionserkrankungen (Hepatitis, Aids)? ja nein

Wenn ja, welche? _____

• Sind Allergien bekannt? ja nein

Wenn ja, welche? _____

• Wurden Polypen oder Tonsillen (Gaumenmandeln) entfernt? ja nein

• Wodurch holen Sie Luft? Mund Nase

• Besteht oder bestand eine Lutschgewohnheit, z. B. Daumen oder Schnuller? ja nein

Wenn ja, wie lange? _____

• Schnarchen der Patient / die Patientin? ja nein

• Wird mit den Zähnen geknirscht oder gepresst? ja nein

• Bestehen Beschwerden im Bereich der Kaumuskulatur / Kiefergelenke? ja nein

• Gibt es wiederkehrende Kopfschmerzen / Verspannungen / Rückenprobleme? ja nein

Wenn ja, in welchem Bereich? _____

Mit welcher Häufigkeit? _____

• Wird derzeit eine andere ärztliche oder homöopathische Behandlung / Therapie durchgeführt? ja nein

• Wird oder wurde eine orthopädische, physiotherapeutische oder osteopathische Behandlung durchgeführt? ja nein

Wenn ja, welche Maßnahmen? _____

• Besteht eine Schwangerschaft? ja nein

• Wann wurden die letzten Röntgenaufnahmen im Kopfbereich angefertigt?
