



Christoph Kocsis
Fachzahnarzt für Kieferorthopädie

Marktplatz 7-9
52078 Aachen-Brand
Tel.: 0241.9209212
Fax: 0241.9209213
Email: info@ac-kfo.de

Herzlich Willkommen in unserer Praxis!

Liebe Patientin, lieber Patient,

bevor wir uns über Ihre kieferorthopädischen Wünsche oder Sorgen unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand.

Dies ist wichtig, für eine adäquate und risikofreie Behandlung. Wir bitten Sie daher, den nachfolgenden Anamnesebogen in Ruhe und Gewissenhaft auszufüllen.

Bitte bringen Sie den Anamnesebogen zu Ihrem Termin mit.

Sollte sich im Laufe der Zeit, in der Sie in unserer Praxis betreut werden, etwas an den nachfolgenden von Ihnen gemachten Angaben ändern, so bitten wir Sie uns diese umgehend mitzuteilen.

Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Sollten Sie gesetzlich versichert sein, benötigen wir Ihre Krankenversichertenkarte bei jedem Besuch in unserer Praxis. Liegt sie uns auch 10 Tage nach der Behandlung nicht vor, so betrachten wir Sie als Privatpatient und Sie erhalten eine Rechnung nach der privaten Gebührenordnung (GOZ).

Wir sind immer bemüht, Ihnen lange Wartezeiten zu ersparen. Daher bitten wir Sie, falls Sie verhindert sind, vereinbarte Termine mindestens 24 Stunden vorher abzusagen.

Haben Sie Fragen oder gibt es Unklarheiten beim Ausfüllen der unteren Daten, helfen wir Ihnen gerne weiter.

Ihr Praxisteam Christoph Kocsis

Anamnesebogen

• **Persönliche Angaben**

Nachname, Vorname des Patienten: _____

Geburtsdatum: _____ Geburtsort: _____ ggf. Geburtsname: _____

Straße, Hausnummer: _____ Postleitzahl, Ort: _____

Telefon Festnetz: _____ Mobil: _____ Arbeit: _____

Email: _____ Beruf, Arbeitgeber/Schule: _____

Zahnarzt: _____

Überweiser: _____

• **Wie sind Sie versichert?**(Bitte zutreffendes ankreuzen & Versicherung, Beihilfestelle usw.)

Pflicht bei: _____ Freiwillig bei: _____ Privat bei: _____

Familienversichert Tarif: _____

Beihilfe: _____ Zusatzversicherung: _____

• **Angaben zum Versicherungsnehmer:**

Nachname, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Geburtsort: _____ ggf. Geburtsname: _____

Straße, Hausnummer: _____ Postleitzahl, Ort: _____

Telefon Festnetz: _____ Mobil: _____ Arbeit: _____

Email: _____ Beruf, Arbeitgeber: _____

• **Angaben zum Rechnungsnehmer:**

Nachname, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Geburtsort: _____ ggf. Geburtsname: _____

Straße, Hausnummer: _____ Postleitzahl, Ort: _____

Telefon Festnetz: _____ Mobil: _____ Arbeit: _____

Email: _____ Beruf, Arbeitgeber: _____

• **Infektionskrankheiten**

Leberentzündung Ja Nein

Hepatitis A, B, C, D, E _____

Tuberkulose

Wurde bei Ihnen ein Aidstest durchgeführt?

Wenn ja, wann? _____

Wenn ja, mit welchem Ergebnis? _____

Sonstiges: _____

Liegt eine allgemeine Erkrankung vor? Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

• **Herz- und Kreislauferkrankungen**

Herzschwäche Ja Nein

Unregelmäßiger Herzschlag

Herzasthma Angina Pectoris

Herzschrittmacher

Herzklappenersatz /Herzfehler _____

Hoher Blutdruck /Niedriger Blutdruck _____

Herzinfarkt

Sonstiges: _____

Wechselwirkungen von Medikamenten/akute Erkrankungen? **Ja** **Nein**
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?
Wenn ja, welche? _____

- **Allergien** **Ja** **Nein**
Sind bei Ihnen Allergien bekannt?
Wenn ja, welche? _____
Bestehen Überempfindlichkeiten gegen Medikamente oder Materialien?
Wenn ja gegen welche? _____
Besitzen Sie einen Allergiepass?

- **Welche der aufgeführten Erscheinungen treffen auf Sie zu?** **Ja** **Nein**
Zahnschmerzen
Ausgeprägter Würgereiz
Zahnverfärbungen
Sonstiges: _____
Kiefergelenk-Schmerzen
Zähneknirschen
Kopfschmerzen / Migräne wenn ja, Häufigkeit angeben _____
Sonstiges: _____

- **Atmung**
Probleme mit der Nasenatmung?
Asthma Allergisches Asthma seit wann? _____
Häufige Erkältungen seit wann? _____
Mundatmung
Schnarchen seit wann? _____

- **Wurden Hals-, Nasen-, Ohrenärztliche Operationen durchgeführt?** **Ja** **Nein**
Gaumenmandeln wann? _____
Rachenmandeln („Polypen“) wann? _____
Parazentese (Röhrchen im Trommelfell) wann? _____
Nasenscheidewand wann? _____

- **Hatte der Patient einen Unfall mit Folgen für den Kopf-Hals-Bereich?** **Ja** **Nein**
wenn ja, wann? _____
mit Zahnverletzungen?
mit Zahnverlusten?
mit Kieferbrüchen?

- **Liegt eine Fehlgewohnheit im Lippen- oder Zungenbereich vor?**
Lippenbeißen Lippensaugen Lippenlecken
Nägelkauen Bleistiftkauen sonstiges _____

- **Hat oder hatte der Patient einen Sprachfehler?** **Ja** **Nein**
wenn ja, wann _____ und wie lange? _____ Monate / Jahr
wenn ja, welche Art von Störung? _____
wurde eine logopädische Behandlung (Sprachtherapie) durchgeführt?
wenn ja, bei wem/wo: _____

- **Waren Sie früher schon in kieferorthopädischer Behandlung?**
wenn ja, bei wem/wo: Dr. _____ in _____
Befinden Sie sich derzeit in kieferorthopädischer Behandlung?
wenn ja, bei wem/wo: Dr. _____ in _____
Adresse: _____ Tel. Nr.: _____
Wurde diese Behandlung zu Ende geführt?
wenn nein, warum?: _____
Wurde der Patient am Kiefer schon einmal geröntgt?
Wenn ja, in welcher Praxis? _____ wann? _____
Tel. Nr.: _____

- **Für unsere Patientinnen** **Ja** **Nein**
Sind Sie zurzeit schwanger? Wenn ja, in welcher Woche? _____

Bitte bestätigen Sie die Richtigkeit Ihrer Gesundheitsangaben mit Ihrer Unterschrift. Vielen Dank.

Ort/Datum

Unterschrift



Christoph Kocsis
Fachzahnarzt für Kieferorthopädie

Marktplatz 7-9
52078 Aachen-Brand
Tel.: 0241.9209212
Fax: 0241.9209213
Email: info@ac-kfo.de

Krankenkasse/Kostenträger: _____
Name, Vorname des Patienten: _____
Straße, Hausnummer: _____
Postleitzahl, Ort: _____
Geburtsdatum: _____

Pflichtfeld bitte per Hand oder ggf. per EDV ausfüllen

ggf. Versicherungsträger/in, gesetzliche/r Vertreter/in

(bei abweichendem Versicherungsnehmer, bei Personen unter 18 Jahren, bei Geschäftsfähigen, bei Geschäftsunfähigen)

Name, Vorname: _____
Straße, Hausnummer: _____
Postleitzahl, Ort: _____
Geburtsdatum: _____

Stellung zum o.g. Patienten:

Mutter Vater Betreuer oder _____

Tel.Nr.: _____ Beruf/Arbeitgeber: _____

Einverständniserklärung

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient, um mich von dem steigenden Verwaltungsaufwand zu entlasten und mehr Zeit für meine Patienten zu haben, arbeite ich zusammen mit der PVS dental GmbH. Diese ist eine Tochter mehrerer berufsständischer Gemeinschaftseinrichtungen, die von Ärzten und Zahnärzten gegründet wurden und durch diese geleitet werden. Ihre Mitarbeiter unterliegen – wie jeder Arzt oder Zahnarzt – den Bestimmungen der Schweigepflicht und des Datenschutzes. Meine Honorarforderungen trete ich treuhänderisch an die PVS dental GmbH ab. Das bedeutet, dass die PVS dental GmbH in meinem Auftrag die Rechnungen erstellt und meine Honorarforderungen einzieht. Im Falle eines Rechtsstreites ist die PVS dental GmbH Prozesspartei und ich als Arzt/Zahnarzt würde gegebenenfalls als Zeuge gehört werden. Ich bleibe aber auf jeden Fall Herr des Verfahrens. Die PVS dental GmbH unterliegt meinen Weisungen. Dies gilt insbesondere zur Höhe der Honorarforderungen. Ich bitte Sie, mir durch Ihre Unterschrift Ihr – im Einzelfall widerrufliches – Einverständnis zu erteilen, die zur Rechnungserstellung, zum Einzug und zur Abtretung meiner Forderungen notwendigen persönlichen Behandlungsdaten wie Anschrift, Geburtsdatum, Kostenträger, Behandlungstage, erbrachte Leistungen nach der Gebührenordnung und dazugehörige Diagnosen an die PVS dental GmbH zu übermitteln. Die PVS dental gibt keine Patientendaten an eine Bank weiter.

Mit freundlichem Gruß Ihr Praxisteam

Ort, Datum

Unterschrift Patient/in bzw gesetzliche/r Vertreter/in