KÄMPF & EBERT
KIEFERORTHOPÄDEN IM KREUZBRÄU

Kreuz 10
95445 Bayreuth

Telefon: (09 21) 5 31 11
Telefax: (09 21) 51 55 15
praxis@kfo-kaempf.de

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient.

Wir begrüßen Sie herzlich in der Kieferorthopädie Kämpf, Ebert & Partner

Wir freuen uns, dass Sie uns Ihr Vertrauen schenken. Um eine möglichst sichere und reibungslose Behandlung gewährleisten zu können, bitten wir Sie, die folgenden Fragen möglichst genau und vollständig zu beantworten und die erforderlichen Einwilligungen zu unterzeichnen. Dies ist aus Gründen der medizinischen und rechtlichen Sicherheit erforderlich. Für Rückfragen hierzu stehen wir Ihnen jederzeit gerne zur Verfügung.

Name, Vorname des Patienten _____ Geburtsdatum _____

Name, Vorname des Versicherten _____ Geburtsdatum _____

Straße, Hausnummer _____ Wohnort _____ PLZ _____

Telefon privat / mobil _____ Krankenkasse _____

Beruf _____ Arbeitgeber _____

Abweichende Rechnungsadresse des ☐ Patienten ☐ Versicherten

Wie sind Sie versichert?

☐ Pflicht ☐ Freiwillig ☐ Beihilfe ☐ Privat

Ihr Zahnarzt (Name / Ort) _____

Letzter Zahnarztbesuch _____

Wie wurden Sie auf uns aufmerksam?

☐ Zahnarzt ☐ Internet ☐ Telefonbuch ☐ Gelbe Seiten

☐ Bekannte (Name): _____

Wurde der Patient schon einmal im Kopfbereich geröntgt?

☐ Nein ☐ Ja, zuletzt am _____

Lagen schon Mund- oder Kieferoperationen bzw. Unfälle vor?

☐ Nein ☐ Ja, zuletzt am _____

Bestehen schwerwiegende Krankheiten?
(Allergien, Rachitis, Diabetes, Tuberkulose, Asthma, Epilepsie, Herzfehler, HIV, Hepatitis)

☐ Nein ☐ Ja, folgende _____

War der Patient schon einmal in kieferorthopädischer Behandlung/Beratung?

☐ Nein ☐ Ja, seit _____ bei _____

Hat der Patient besondere Angewohnheiten?
(Daumenlutschen, Nägelkauen, o.ä.)

☐ Nein ☐ Ja, folgende _____

Hat der Patient häufig Erkältungskrankheiten?

☐ Nein ☐ Ja

Besteht hauptsächlich Mundatmung?

☐ Nein ☐ Ja

Wurden die Mandeln / Polypen schon operiert?

☐ Nein ☐ Ja

Wir arbeiten mit einem der modernsten EDV-Planungssysteme und können Ihnen so kurze Wartezeiten garantieren. Wir möchten Sie aber darauf hinweisen, dass Sie diesen Service nur dann perfekt nutzen können, wenn Sie die Termine einhalten, bzw. rechtzeitig vorher umbuchen.

Wir erlauben uns für unentschuldigt versäumte Termin evtl. eine Ausfallgebühr für den Termin zu berechnen.

Ich versichere mit meiner Unterschrift die Vollständigkeit und Richtigkeit der angegebenen Daten, sowie meine Zustimmung zu oben aufgeführtem Text.

Mit meiner Unterschrift stimme ich zu, dass meine Angaben im Anamnesebogen vorbereitend zur Behandlung in der Praxis Kämpf, Ebert & Partner erhoben und verarbeitet werden.
Hinweis: Sie können Ihre Einwilligung jederzeit für die Zukunft per E-Mail an praxis@kfo-kaempf.de widerrufen. Detaillierte Informationen zum Umgang mit Nutzerdaten finden Sie in unserer Datenschutzerklärung (www.kfo-kaempf.de/datenschutz.html).

_____

Datum, Unterschrift (Patient ab dem 18. Lebensjahr oder gesetzlicher Vertreter)