

Erfassungsbogen für Kassenpatienten Praxis Dr. med. dent . Julia Lenatz

Name, Vorname des Patienten geb. Datum

Straße, Nr., PLZ, Ort Handynr. Und/oder Telefon E-Mail

Name, Vorname des Versicherten (Bei Minderjährigen, Zahlungspflichtiger Erwachsener) Geb. Datum

Rechnungsadresse (falls nicht identisch) Handynr. Und/oder Telefon E-Mail

Beruf Arbeitgeber Telefon

Krankenkasse Geschäftsstelle

Wie sind Sie versichert? Freiwillig Pflicht Privat Beihilfe privat Zusatzversichert

Hauszahnarzt: _____ Wird regelmäßig ein Zahnputzprogramm durchgeführt? _____

Kinder/ Hausarzt: _____

Wie sind Sie auf uns Aufmerksam geworden? Telefonbuch Internet Empfehlung durch wen? _____

- | | Ja | nein |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. Wurde der Patient schon einmal kieferorthopädisch behandelt?
wenn ja, wo _____ seit wann _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Waren oder sind Geschwister in kieferorthopädischer Behandlung?
wenn Ja wo? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Hat eines der Elternteile eine Zahnfehlstellung? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Hat der Patient als Kleinkind gelutscht, wenn ja wie lange? _____
<input type="checkbox"/> Daumen <input type="checkbox"/> Finger <input type="checkbox"/> Schnuller <input type="checkbox"/> sonstiges _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Hat der Patient eine der folgenden schädlichen Angewohnheiten/Beschwerden?
<input type="checkbox"/> Nägelkauen <input type="checkbox"/> Bleistiftkauen <input type="checkbox"/> Lippenbeißen <input type="checkbox"/> Kiefergelenk-Schmerzen
<input type="checkbox"/> Kiefergelenk-Knacken <input type="checkbox"/> Knirschen <input type="checkbox"/> Sprachstörung <input type="checkbox"/> Sonstiges _____
Wurde diesbezüglich eine Behandlung durchgeführt? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Hat der Patient häufig Erkältungskrankheiten? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Besteht hauptsächlich Mundatmung? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Wurden die Mandel schon operiert? (Tonsillektomie)
Wenn Ja wann? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Wie lange liegt der letzte Zahnarztbesuch zurück? _____ Monate | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Lagen schon irgendwelche Mund –oder Kieferoperationen bzw. Unfälle vor?
Wenn ja, wann _____ was _____ mit Zahnverletzung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Bestehen irgendwelche schwerwiegenden Krankheiten?
<input type="checkbox"/> Rachitis <input type="checkbox"/> Tuberkulose <input type="checkbox"/> Asthma <input type="checkbox"/> Blutkrankheit <input type="checkbox"/> Down-Syndrom
<input type="checkbox"/> Allergie <input type="checkbox"/> Aids <input type="checkbox"/> Hepatitis <input type="checkbox"/> Herzfehler <input type="checkbox"/> Gaumenspalte
<input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Heuschnupfen <input type="checkbox"/> Epilepsie <input type="checkbox"/> Sonstige _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Ist der Patient zurzeit in ärztlicher, heilpraktischer, logopädischer oder physiotherapeutischer Behandlung?
Wenn ja, weshalb? _____
Bei welchem Behandler? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. Werden regelmäßig Medikamente eingenommen?
Wenn ja, welche _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. Sind Sie an alternativen ganzheitlichen Heilmethoden interessiert? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17. Welche Hobbys hat der Patient? (Sportart, Musikinstrument, usw.) _____ | | |
| 18. Was stört Sie bzw. Dich an den Zähnen? _____ | | |

Im Rahmen der kieferorthopädischen Behandlung muss der Patient sich mit 20% an den anfallenden Kosten beteiligen. Nach Abschluss der erfolgreichen KFO - Behandlung werden diese 20% von der Krankenkasse an den Patienten zurückerstattet. Wir brauchen die Krankenversichertenkarte bei jedem Besuch in der Praxis. Liegt sie uns auch 14 Tage nach der Behandlung nicht vor, so betrachten wir Sie als Privatpatient und Sie erhalten eine Rechnung nach der GOZ. Für Langzeitermine ab einer Stunde Dauer, die nicht 24 Stunden vorher abgesagt wurden, müssen wir Ihnen den Praxisausfall mit 50,-€ je angefangene halbe Stunde in Rechnung stellen.

Ort, Datum

Unterschrift