ANAMNESEBOGEN KIND

Herzlich Willkommen in unserer Praxis!

Bevor wir uns in Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche für Sie unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über den allgemeinen Gesundheitszustand ihres Kindes. Dies ist wichtig für eine adäquate und risikofreie Behandlung. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Wir weisen Sie daraufhin, diese Fragen wahrheitsgemäß zu beantworten.

Praxis Boulevard93

Name des Patienten: Geburtsdatum:

Anschrift: Telefon:

Zahnarzt: E-Mailadresse:

Rechnungsempfänger

Name: Vorname:

Geburtsdatum:

Anschrift:

Beruf der Mutter: Arbeitgeber der Mutter:

Beruf des Vaters: Arbeitgeber des Vaters:

Sorgerecht	**Ja**	**Nein**
Haben beide Elternteile das medizinische Sorgerecht?	( )	( )
Falls nein: Wer hat das medizinische Sorgerecht?		
Sorgerechtsbefugnis bei getrenntlebenden Eltern vorhanden?	( )	( )

Versicherungsstatus		**Ja**	**Nein**
Gesetzlich versichert?	Bei?	( )	( )
Privat versichert?	Bei:	( )	( )
Basistarif?		( )	( )
Beihilfeberechtigt?		( )	( )
Besteht eine Zusatzversicherung für Kieferorthopädie?		( )	( )

Bitte wenden

Anamnesebogen	**Ja**	**Nein**
• Wurden gleiche Gebissfehlstellungen in Ihrer Familie beobachtet? Wenn ja, bei wem und welche?	( )	( )
• Ist das Kauen, Beißen, Sprechen, Atmen erheblich beeinträchtigt?	( )	( )
• Besteht eine körperliche oder geistige Entwicklungsabweichung	( )	( )
• Bestehen schwerwiegende Krankheiten? (z.B. Rachitis, Diabetes, Tuberkulose, Asthma, Epilepsie, Herzfehler, Allergie, Rheuma, AIDS, HIV-positiv, Hepatitis, Blutungsneigung, Rheuma, Nierenerkrankungen, ADS/ADHS)	( )	( )
• Bestehen irgendwelche anderen Erkrankungen? Wenn ja, welche?	( )	( )
• Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja, welche?	( )	( )
• Wurden die Mandeln (Tonsillektomie) oder die Polypen (Adenotomie) schon entfernt? Wenn ja, wann?	( )	( )
• War oder ist Ihr Kind in psychologischer Behandlung? Wenn ja – weshalb?	( )	( )
• Hat Ihr Kind genuckelt? Daumen ( ) Nuckel ( ) bis zu … LJ.?	( )	( )
• Lutscht Ihr Kind heute noch?	( )	( )
• Gewohnheiten: Lippenbeißen ( ) Zungenbeißen/Pressen ( ) Nägelkauen ( ) offene Mundhaltung ( )		
• Wird häufig geschnarcht oder durch den Mund geatmet?	( )	( )
• Liegen Sprachstörungen wie Stottern, Lispeln oder Näseln vor?	( )	( )
• Ist / war Ihr Kind in Logopädischer Behandlung?	( )	( )
• Liegen Schmerzen/Beschwerden im Kiefergelenk vor?	( )	( )
• Sind Schwindelgefühl, Ohrgeräusche, Verspannungen im Hals, Schulter, Rückenschmerzen oder Kopfschmerzen vorhanden?	( )	( )

Bitte wenden

	Ja	Nein
• Gab es schon einmal einen Unfall mit Verletzungen im Kopfbereich, der Wirbelsäule oder des Steißbeins? Wenn ja, welche?	( )	( )
• Wenn ja, wurden Zähne beschädigt oder gingen verloren?	( )	( )
• Wurde im Kiefer-/Gesichtsbereich operiert oder bestrahlt?	( )	( )
Wurde schon früher kieferorthopädisch behandelt oder beraten? a) Wenn ja, in welchem Zeitraum? b) Bei welchem Kieferorthopäden oder Zahnarzt? c) Wurde die Behandlung abgebrochen ( ) oder abgeschlossen ( )? Auf wessen Wunsch?	( )	( )
• Spielt Ihr Kind ein Blasinstrument?	( )	( )
• Welche Sportart wir ausgeführt? a) Wie oft in der Woche?		

Haben wir etwas vergessen zu fragen, was wir aber unbedingt wissen sollten?

_____

_____

Vielen Dank für die Beantwortung der Fragen!

Ihr Praxisteam Boulevard93

Halle, den _____

Unterschrift

Bitte wenden

Information an alle Patientinnen und Patienten der Kieferorthopädischen Praxisgemeinschaft Boulevard 93 in Halle

Lieber Patient, liebe Patientin, liebe Erziehungsberechtigte,

unsere Praxis ist eine reine Terminpraxis, das bedeutet, dass wir mit Ihnen bzw. Ihrem Kind feste individuelle Behandlungstermine vereinbaren. Diese Termine sind exklusiv für Sie reserviert. Durch versäumte oder sehr kurzfristig abgesagte Termine haben wir keine Gelegenheit, die frei gewordene Zeit an andere Patienten zu vergeben. Wir haben Verständnis dafür, dass Patienten in Ausnahmefällen einen Termin verschieben oder absagen müssen.

Aus Rücksicht auf andere Patienten und auf Ihre Behandlerin gilt bei „Boulevard93“ **ab 01.01.2023** folgende Regelung:

- Bitte teilen Sie uns möglichst frühzeitig telefonisch (0345/8048560) oder via E-Mail * mit, falls Sie einen vereinbarten Termin nicht wahrnehmen können.

  Patienten von Dr. C. Stubbe: **info@boulevard93.de**

  Patienten von Dr. J. Jahn: **jahn@boulevard93.de**

- **Termine, die vom Patienten weniger als 24 Stunden im Voraus abgesagt oder verschoben werden, werden in Rechnung gestellt.**

- Der Rechnungsbetrag richtet sich nach der verursachten Ausfallzeit (geplante Terminzeit) und wird mit einer Pauschale von 40,00 € je Viertelstunde berechnet. Grundlage hierfür sind die reinen Praxiskosten. Unser Honorarausfall wurde in die Berechnung nicht einbezogen.

Bitte beachten Sie, dass ein solches Ausfallhonorar nicht von Ihrer Krankenkasse übernommen wird.

- Mitteilungen für Terminabsagen sind auch an Sonn- und Feiertagen möglich, wenn die Praxis geschlossen ist. Bitte senden Sie uns in diesem Fall eine E-Mail an die oben genannten Adressen. Vorausgesetzt, die Mitteilung trifft nachweislich mindestens 24 Stunden vor dem vereinbarten Termin bei uns ein, werden keine Kosten in Rechnung gestellt.

Liebe Patientin / lieber Patient, wir sind gern für Sie da und kümmern uns um Ihre Zahngesundheit. Neben unserem Behandlungsauftrag führen wir jedoch auch ein mittelständisches Unternehmen. Vielen Dank für Ihr Verständnis.

Dr. Constanze Stubbe & Dr. Jana Jahn

Kenntnisnahme Patient/Patientin bzw. der Erziehungsberechtigen

Ich bestätige, dass ich dieses Schreiben zur Kenntnis genommen habe.

_____ _____

Ort, Datum, Patientenname Unterschrift(en)