



Dr. Franziska Stieglbauer
Praxis für Kieferorthopädie

ANMELDEFORMULAR

Patient/in

- männlich
 weiblich

Name	Vorname	Titel
Straße	Nr.	Geburtsdatum
PLZ	Ort	Telefon
Beruf	Arbeitgeber	Telefon

Hauptversicherte/r

- Patient/in
 Vater
 Mutter
 Ehepartner/in

Name	Vorname	Titel
Straße	Nr.	Geburtsdatum
PLZ/Ort	Telefon	E-Mail-Adresse
Beruf	Arbeitgeber	Telefon

Postadresse/ Rechnungsadresse

- Patient/in
 Vater
 Mutter

Name	Vorname	Titel
Straße	Nr.	Geburtsdatum
PLZ	Ort	Telefon

Bei geschiedenen oder getrennt lebenden Eltern erfolgt die Rechnungsstellung an die erziehungsberechtigte Person, welche das Kind zur Behandlung brachte, da nach § 10 SGB V diese den Kostenerstattungsanspruch gegenüber der Gesundheitskasse für das Kind aus der Familienversicherung geltend zu machen und den vorläufigen Eigenanteil zu zahlen hat.

Bei Patienten über 18 Jahren erfolgt die Rechnungsstellung immer an den Patienten selbst.

Kranken- versicherung

- gesetzlich pflichtversichert privat mit Beihilfe
 freiwillig versichert ohne Beihilfe

Krankenkasse

Name	Ort/Geschäftsstelle
------	---------------------

Zahnarzt

- männlich
 weiblich

Name	Vorname	Titel
Straße	Nr.	
PLZ	Ort	Telefon

Vorbehandler Kieferorthopäde Allgemeines

Name	Adresse
------	---------

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

bitte wenden ▶



Allgemeine Gesundheitsangaben

ja nein

1. Bestehen allgemeinmedizinische Erkrankungen (z.B. Herz, Leber, Niere, Blutgerinnungsstörungen, Asthma, Diabetes) oder Infektionskrankheiten (z.B. Hepatitis, HIV/Aids)?
Wenn ja, welche? _____
 ja nein
2. Werden regelmäßig Medikamente eingenommen?
Wenn ja, welche und wogegen? _____
 ja nein
3. Bestehen Allergien oder Unverträglichkeiten (z.B. Nickel, Chrom, Pollen/Gräser, Latex/Gummi, Hausstaub, Medikamente, Sonstiges)
Welche? _____
 ja nein
4. Bestehen häufig Erkältungen, Halsentzündungen, Mittelohrentzündungen?
 ja nein
5. Besteht eine gestörte Nasenatmung?
 ja nein
6. Ist der Patient z. Zt. in ärztlicher Behandlung (z.B. HNO, usw.)?
Wenn ja, weshalb? _____
Wo? _____
 ja nein

Fragen aus kieferorthopädischen Gründen

ja nein

7. War der Patient bereits schon einmal in kieferorthopädischer Behandlung?
Wenn ja, wann? _____
Bei welchem Behandler? _____
 ja nein
8. Liegt bzw. lag bei einem Elternteil eine ähnliche Zahnfehlstellung vor?
_____ ja nein
9. Mit wieviel Monaten kam der erste Milchzahn?
10. Mit wieviel Jahren kam der erste Schneidezahn? _____

ja nein

11. Wie häufig putzt sich der Patient am Tag die Zähne? _____
12. Muß der Patient zum Zähneputzen ermahnt werden? ja nein
13. Bestehen Kiefergelenksbeschwerden oder -knacken? ja nein
14. Bestehen häufig Kopfschmerzen, Schmerzen im Gesichtsbereich oder beim Kauen? ja nein
15. Hat sich der Patient einen Zahn aus- oder angeschlagen? ja nein
16. Knirscht oder presst der Patient mit den Zähnen? ja nein
17. Wurden dem Patienten (außer Milchzähnen) bereits bleibende Zähne gezogen? ja nein
18. Lagen bereits Mund- oder Kieferoperationen bzw. Unfälle vor?
Wenn ja, welche? _____ ja nein
19. Besteht ein Sprachfehler (z.B. Lispeln oder wurde bereits eine logopädische Behandlung durchgeführt)?
Wenn ja, wann? _____ ja nein
20. Bis wann hat der Patient an Daumen oder Fingern gelutscht? _____

Fragen zur Röntgenuntersuchung

ja nein

21. Wurde innerhalb der letzten 12 Monate im Kopf-/Kieferbereich geröntgt?
Wenn ja, bei welchem Arzt? _____ ja nein
22. Bei Mädchen: Besteht derzeit eine Schwangerschaft? ja nein

Ich bestätige hiermit die Richtigkeit der oben genannten Angaben. Einen Wohnort- oder Kassenwechsel oder sonstige Änderungen bzgl. der oben gestellten Fragen werde ich sofort bekannt geben.

Die Abrechnung erfolgt nach der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) und der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ).

Seit dem 1. Januar 1993 werden kieferorthopädische Leistungen (inkl. Diagnostik für gesetzlich Krankenversicherte, die das 18. Lebensjahr erreicht haben), grundsätzlich nicht mehr von der Krankenkasse übernommen. Ausgenommen sind kombiniert kieferorthopädisch-kieferchirurgische Behandlungen. Hiermit verpflichte ich mich, alle Kosten, die von der Erstattungsstelle (sowohl gesetzlich als auch privat) nicht übernommen werden, selbst zu tragen.

München, den _____

Unterschrift des Patienten bzw. des gesetzlichen Vertreters