



LIEBE ELTERN,

herzlich willkommen in der Kieferorthopädie am Japanischen Garten.

Wir möchten Ihr Kind gerne kennenlernen und bitten Sie daher, diesen Bogen auszufüllen.

Ihre Angaben sind für eine vertrauensvolle Zusammenarbeit wie auch eine sachgerechte medizinische Behandlung erforderlich. Sie werden streng vertraulich behandelt und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht sowie den Bestimmungen zum Datenschutz.

Dr. Sebastian Schamberger
Ihr Team der Kieferorthopädie am Japanischen Garten

Lauterstraße 10
67657 Kaiserslautern

Tel.: 0631.360 9000
Fax: 0631.363 3445

info@kfo-kaiserslautern.de
www.kfo-kaiserslautern.de

Angaben zur Patientin / zum Patienten

m w d

Name, Vorname

Geburtsdatum/-ort

Straße, Hausnummer

Handynummer

PLZ, Ort

Angaben zu den Erziehungsberechtigten

m w d (Hauptversicherter)

m w d

Name, Vorname

Name, Vorname

Geburtsdatum

Geburtsdatum

Straße, Hausnummer

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

PLZ, Ort

Telefon- oder Handynummer

Telefon- oder Handynummer

E-Mail

E-Mail

Angaben zur Versicherung der Patientin / des Patienten

gesetzliche Versicherung

Name der Krankenkasse

private Vollversicherung

Name der Versicherung

private Basisversicherung

Name der Versicherung

private Zusatzversicherung für Kieferorthopädie

Name der Versicherung

Beihilfe



Was ist der Grund Ihres Besuchs?

Beratung schiefe Zähne Kauprobleme Empfehlung vom Zahnarzt Sprechprobleme

Sonstiges

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Zahnarzt Familie Freunde / Bekannte / Klassenkameraden

Internet Auf welcher Seite?

Sonstiges

Wer ist Ihre Zahnärztin / Ihr Zahnarzt?

Name Ort

Wurde Ihr Kind bereits kieferorthopädisch beraten?

nein ja Wann und wo?

Wurde Ihr Kind bereits kieferorthopädisch behandelt?

nein ja Wann und wo?

Wurde die Behandlung regulär abgeschlossen? ja nein

Sind oder waren Geschwister bereits in kieferorthopädischer Behandlung?

nein ja

Liegen ähnliche Zahn- und/oder Kieferfehlstellung in der Familie vor?

nein ja Bei welchem/n Familienmitglied/-ern?

Weist Ihr Kind eine (oder mehrere) der folgenden Angewohnheiten auf?

Lispeln Mundatmung Schnarchen Nägelkauen Bleistiftkauen Lippenbeißen/-saugen

Wangenbeißen/-saugen Daumenlutschen

Knirscht oder presst Ihr Kind?

nein ja Zu welcher Gelegenheit?

Hat Ihr Kind häufig Verspannungen, Kopfschmerzen, Schmerzen im Gesichtsbereich oder beim Kauen?

nein ja Was genau und wie oft?

Hat Ihr Kind Kiefergelenkknacken oder -beschwerden?

nein ja Bitte genauer erläutern



Befindet oder befand sich Ihr Kind jemals in logopädischer Behandlung?

nein ja Wann und warum?

Befindet oder befand sich Ihr Kind jemals in HNO-ärztlicher Behandlung (z.B. wegen Polypen)?

nein ja Wann und warum?

Erlitt Ihr Kind jemals einen Unfall im Hals-Kopf-Bereich?

nein ja Wann und wo genau?

Leidet oder litt ihr Kind an einer dieser Krankheiten?

Hepatitis Diabetes Migräne Blutkrankheit Epilepsie Herzleiden
Sonstiges

Hat Ihr Kind Allergien?

nein ja Welche?

Nimmt Ihr Kind Medikamente ein?

nein ja Welche?

Wurde Ihr Kind im letzten Jahr im Kopf-, Kiefer- oder Zahnbereich geröntgt?

nein ja Falls ja, bringen Sie uns bitte diese Aufnahmen zum nächsten Termin mit.

Besitzt Ihr Kind einen Röntgenpass?

nein ja

Für Mädchen: Besteht momentan eine Schwangerschaft?

nein ja

Gibt es noch irgendetwas, von dem Sie glauben, dass es für die kieferorthopädische Behandlung Ihres Kindes relevant ist?

.....
.....



Verwendung personenbezogener Daten

Ich stimme der Erhebung, Speicherung und Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten und der meines Kindes durch die Praxis *Kieferorthopädie am Japanischen Garten, Dr. Sebastian Schamberger* zu. Das an der Anmeldung und unter www.kfo-kaiserslautern.de einsehbares Informationsblatt zur Datenverarbeitung habe ich zur Kenntnis genommen. Diese Einwilligung kann ich jederzeit schriftlich widerrufen. Dazu genügt eine E-Mail an info@kfo-kaiserslautern.de. Ich wurde darüber belehrt, dass ich, sofern die personenbezogenen Daten auf Grundlage von berechtigten Interessen gemäß Art. 6 Abs. 1 lit. f DSGVO verarbeitet werden, das Recht habe, gemäß Art. 21 DSGVO Widerspruch gegen die Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten und der meines Kindes einzulegen, soweit dafür Gründe vorliegen, die sich aus meiner besonderen Situation ergeben. Dazu genügt ebenfalls eine E-Mail an info@kfo-kaiserslautern.de.

Austausch von Behandlungsdaten

Ich ermächtige die Praxis *Kieferorthopädie am Japanischen Garten, Dr. Sebastian Schamberger* Befunde und Behandlungsdaten, die für die kieferorthopädische Behandlung meines Kindes relevant sind (wie z.B. Röntgenaufnahmen), bei außenstehenden Leistungserbringern (wie z.B. Zahnarzt oder Hausarzt) einzuholen sowie Befunde und Behandlungsdaten, die für die weitere medizinische Behandlung relevant sind, an mitbehandelnde Ärzte zu übermitteln. Insoweit entbinde ich die beteiligten Ärzte ausdrücklich von ihrer Schweigepflicht.

Erbringung von Teilleistungen durch Zahnarzhelferinnen

Mir ist bewusst, dass moderne Kieferorthopädie der Teamarbeit bedarf. Daher werden in der Praxis *Kieferorthopädie am Japanischen Garten, Dr. Sebastian Schamberger* Teilleistungen auch von aus- und fortgebildeten Zahnarzhelferinnen nach vorheriger individueller Anordnung durch den Kieferorthopäden und unter dessen Aufsicht, Überwachung und Kontrolle erbracht.

Externe Abrechnungsstelle

Ich erteile hiermit die jederzeit widerrufliche Einwilligung, dass die Praxis *Kieferorthopädie am Japanischen Garten, Dr. Sebastian Schamberger* alle zur Abrechnung der meinem Kind gegenüber erbrachten Behandlungsleistungen erforderlichen Daten, insbesondere Name, Geburtsdatum, Anschrift, Krankenversicherung, Befunde, Behandlungsverläufe, etc., auch soweit es sich dabei um personenbezogene Daten handelt, der damit beauftragten Abrechnungsstelle zum Zwecke der Rechnungserstellung und des Inkassos zur Verfügung stellt. Insoweit entbinde ich die Praxis *Kieferorthopädie am Japanischen Garten, Dr. Sebastian Schamberger* ausdrücklich von der ärztlichen Schweigepflicht.

Mit unseren Unterschriften bestätigen wir, dass alle Angaben in diesem Anamnesebogen vollständig und richtig sind. Wir werden die Praxis umgehend über alle Änderungen (Gesundheitszustand / Adresse / Telefonnummer / Krankenkassenwechsel etc.) informieren. Wir haben die oben stehenden Hinweise zur Kenntnis genommen und stimmen ihnen zu.

Unterschreibt ein Erziehungsberechtigter allein, erklärt er durch seine Unterschrift zugleich, dass er vom anderen Erziehungsberechtigten bevollmächtigt wurde, für diesen diese Erklärung abzugeben, oder dass ihm das Sorgerecht allein zusteht.

Unterschrift beider Erziehungsberechtigten

Ort, Datum

Ort, Datum