

# Herzlich willkommen in unserer Praxis!



**Anschrift**  
Dr. Stefan Miersch  
John-F.-Kennedy-Platz 9  
38100 Braunschweig

**Tel. / Fax**  
0531 - 4 61 35  
0531 - 1 38 93

**Internet / E-Mail**  
www.dr-miersch.de  
info@dr-miersch.de

Bevor wir uns in Ruhe über Ihre kieferorthopädischen Wünsche oder Sorgen unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über den allgemeinen Gesundheitszustand von Ihnen bzw. über den Ihres Kindes. Dies ist wichtig für eine adäquate und risikofreie Behandlung. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

## Patient

### Herr/Frau/Kind:

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ geboren \_\_\_\_\_

### Anschrift:

Strasse \_\_\_\_\_ Nr. \_\_\_\_\_ Tel. privat / tagsüber \_\_\_\_\_ Mobil-Tel. \_\_\_\_\_

Plz \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

### Versicherter:

#### Erziehungsberechtigter

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ geboren \_\_\_\_\_

### Anschrift:

Strasse \_\_\_\_\_ Nr. \_\_\_\_\_ Tel. privat / tagsüber \_\_\_\_\_ Mobil-Tel. \_\_\_\_\_

Plz \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_

### Beruf und Arbeitgeber des Versicherten:

\_\_\_\_\_

Private Zusatzversicherung  Basis-/Standardtarif  freiwilliges Mitglied

### Krankenversicherung mit Geschäftsstelle:

\_\_\_\_\_

### Geschwister:

\_\_\_\_\_

### Besuchte Schule oder Kindergarten:

\_\_\_\_\_

### Hauszahnarzt:

\_\_\_\_\_

### Hausarzt:

\_\_\_\_\_

### Empfohlen/ Überwiesen durch:

\_\_\_\_\_

#### Für Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherungen:

Wir benötigen 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 privaten Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ).

#### Bestellpraxis:

Wir sind immer bemüht, Ihnen lange Wartezeiten zu ersparen. Deshalb bitten wir Sie, vereinbarte Termine mindestens 24 Stunden vorher abzusagen, falls Sie verhindert sind. Nicht eingehaltene Termine können nach der GOZ in Rechnung gestellt werden.

#### Daten:

Ich bin damit einverstanden, dass die Abrechnung über ein Freies Abrechnungszentrum vorgenommen werden kann. Die Daten werden mit Ausnahme der Anschrift dort nicht gespeichert. Im Falle der Veräußerung der Praxis bin ich damit einverstanden, dass meine gesamten Behandlungsunterlagen an den Erwerber weitergegeben werden.

**bitte  
wenden**



# Anamnesebogen

	JA	NEIN
<b>Röntgen</b>		
Gemäß Röntgenverordnung bitte folgende Fragen ankreuzen:		
Wurde der Patient schon einmal geröntgt? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, war das innerhalb der letzten 12 Monate? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, bei welchem Arzt, Zahnarzt, Krankenhaus? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Besteht z.Zt. eine Schwangerschaft? _____		
Wie lange liegt der letzte Zahnarztbesuch zurück? _____		

## Zahnärztliche Anamnese:

War der Patient schon einmal in kieferorthopädischer Behandlung? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, wann? _____		
Wenn ja, wo? _____		
Waren oder sind Geschwister in kieferorthopädischer Behandlung? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hat ein Elternteil eine Zahn- bzw. Kieferfehlstellung? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hat der/die Patient/in Beschwerden beim Kauen? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Knirscht der/die Patient/in mit den Zähnen? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Medizinische Anamnese:

Ist der/die Patient/in in ärztlicher Behandlung? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, weshalb und welche? _____		
Werden regelmäßig Medikamente eingenommen? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche? _____		
Operationen? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche? _____		
Bestehen schwerwiegende Erkrankungen? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(z.B. Rachitis, Diabetes, Tuberkulose, Asthma, Epilepsie, Herzfehler, AIDS, Gelbsucht, Blutungneigung, sonstige Krankheiten)		
Wenn ja, welche? _____		
Bestehen Allergien? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche? _____		
Unfälle, Verletzungen, Operationen in Kopf- u. Gesichtsbereich? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche? _____		

## Gewohnheiten:

Schnuller _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lutschen _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lippenbeißen _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zungenbeißen _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nägelkauen _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mundatmung _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sprachfehler _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spielt der/die Patient/in ein Instrument? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welches? _____		

**Vielen Dank für Ihre Mithilfe!**

**Bitte teilen Sie uns sofort Änderungen der obigen Angaben mit !**

**Bestehen Ihrerseits besondere Behandlungswünsche oder Fragen vorab?**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ort, Datum

Unterschrift