



DR. UTE PILOT  
KIEFERORTHOPÄDIN

## ANMELDE- UND ANAMNESEBOGEN

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,  
herzlich willkommen in unserer kieferorthopädischen Praxis.

Zur Anlage Ihrer persönlichen Behandlungskartei und im Interesse einer komplikationslosen Behandlung benötigen wir von Ihnen einige Angaben. Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen vollständig und richtig. Alle Angaben unterliegen nach §203 StGB der ärztlichen Schweigepflicht.

### PATIENT\*IN

Titel, Name, Vorname

Geburtsdatum, Geburtsort

Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

Telefon (privat)

Telefon (mobil)

Beruf

E-Mail Adresse

Name der Krankenkasse/-versicherung

Privatversichert

Beihilfeberechtigt

Gesetzlich versichert

KFO-Zusatzversicherung

### HAUPTVERSICHERTE PERSON | ZAHLUNGSPFLICHTIGE\*R RECHNUNGSADRESSE

identisch

Titel, Name, Vorname

Geburtsdatum, Geburtsort

Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

Telefon (privat)

Telefon (mobil)

Beruf

E-Mail Adresse

Name der Krankenkasse/-versicherung

### ERZIEHUNGSBERECHTIGTE\*R (falls abweichend von hauptvers. Person/Zahlungspflichtige\*r)

Titel, Name, Vorname

Telefon

### IHR ZAHNARZT | IHRE ZAHNÄRZTIN

Titel, Name, Vorname

Ort

Bitte wenden

# ANMELDE- UND ANAMNESEBOGEN

BEFINDEN SICH VERWANDTE/BEKANNTE BEI UNS IN BEHANDLUNG?

Nein  Ja/Name \_\_\_\_\_

WURDE DER KIEFERBEREICH IN DEN LETZTEN 12 MONATEN GERÖNTGT?

Nein  Ja, bei Praxis \_\_\_\_\_

PRESSEN ODER KNIRSCHEN SIE MIT DEN ZÄHNEN?

Nein  Ja

WURDE SCHON KIEFERORTHOPÄDISCH BEHANDELT?

Nein  Ja \_\_\_\_\_

HABEN SIE ALLERGIEN?

Nein  Ja. Welche \_\_\_\_\_

HABEN SIE ERKRANKUNGEN/VERLETZUNGEN/OPERATIONEN IM MUND-,  
KIEFER-ODER GESICHTSBEREICH?

Nein  Ja. Welche \_\_\_\_\_

LIEGT EINE SCHWERE INFEKTION (Z.B.: HIV, TBC, HEPATITIS) VOR?

Nein  Ja. Welche \_\_\_\_\_

PATIENTINNEN: LIEGT EINE SCHWANGERSCHAFT VOR?

Nein  Ja

SIND HOBBY ODER BERUF VERBUNDEN MIT:

Gesang  Geige  Blasinstrument: \_\_\_\_\_  Ballsport \_\_\_\_\_  Kampfsport \_\_\_\_\_

RAUCHEN SIE?

Nein  Ja

SIE WÜNSCHEN, DASS FOLGENDE BESONDERHEITEN BERÜCKSICHTIGT WERDEN:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

DIE PRAXIS DR. UTE PILOT MÖCHTE IHNEN  
ZUSÄTZLICH FOLGENDE INFORMATIONEN GEBEN:

**Gesetzlich versicherte Patienten:**

Wir bitten darum, uns rechtzeitig bei jedem Quartalswechsel Ihre Krankenversichertenkarte vorzulegen, ansonsten gehen wir davon aus, dass Sie eine Privatbehandlung wünschen.

**Privatpatienten, insbesondere Beihilfeberechtigte:**

Erkundigen Sie sich bitte im Falle einer Behandlung möglichst vor Beginn der aktiven Therapie bei Ihrem Kostenträger über die mögliche Kostenerstattung. Eine vollständige Erstattung ist nicht immer gewährleistet.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie die Vollständigkeit und Richtigkeit Ihrer Angaben.  
Bitte teilen Sie uns Änderungen schnellstmöglich mit.

Wir freuen uns, dass Sie bei uns sind. Ihre Dr. Ute Pilot und das Praxisteam!