

Anmeldeformular Kinder & Jugendliche

(bitte online ausfüllen und
per E-Mail zusenden oder ausdrucken)

Dr. Kathy Borgmann
Kieferorthopädin



Kapuzinergraben 18-22 52062 Aachen
Tel. 02 41 / 2 84 35 E-Mail dr.kathy.borgmann@gmx.de

Name Patient_in: _____

Vorname: _____

Geschlecht männlich weiblich divers

Geboren am: _____

Straße: _____

PLZ/Wohnort: _____

Telefon: _____ Mobil: _____

E-Mail Patient_in: _____

E-Mail Mutter: _____

E-Mail Vater: _____

Name der Mutter: _____ Mobil Nr. Mutter: _____

Name des Vaters: _____ Mobil Nr. Vater: _____

Geburtsdatum
des Versicherten _____ Beruf des
Versicherten: _____

Arbeitgeber des
Versicherten: _____

Adresse des
Vers., falls abw.: _____

Fall-Nr.

Krankenversicherung

- gesetzlich
 pflichtversichert
 freiwillig versichert
 privat
 Beihilfeberechtigung
 Basistarif/Standardtarif
 private Zusatzversicherung

falls ja, Name der Zusatzversicherung

Name der Krankenversicherung:

In unserer Praxis erheben wir während Ihrer Behandlung personenbezogene und vertrauliche Daten. Alle Ärzte und Mitarbeiter unserer Praxis unterliegen schon immer der ärztlichen Schweigepflicht und dem Datenschutz. Mit in Kraft treten der EU-Datenschutzgrundverordnung am 25. Mai 2018 sind wir verpflichtet, Sie darüber zu informieren, zu welchem Zweck unsere Praxis Daten erhebt, speichert oder weiterleitet. In der Information finden Sie auch, welche Rechte Sie bzgl. des Datenschutzes haben. Sie haben insbesondere das Recht auf Auskunft über die zu Ihrer Person gespeicherten Daten, das Berichtigten unrichtiger Angaben und die Löschung nicht mehr erforderlicher Daten – soweit diese Angaben nicht aufgrund gesetzlicher Vorschriften aufzubewahren sind. Zudem können Sie eine freiwillig erteilte Einwilligung zur Speicherung und Verarbeitung Ihrer Daten widerrufen. Mir wurde ein Informationsblatt zum Datenschutz in der Praxis zur Verfügung gestellt, zu welchem ich auch Rückfragen stellen konnte. [Link zur Datenschutzerklärung](#)

Zutreffende Felder bitte ankreuzen:

a) Wurden Sie/Ihr Kind bereits kieferorthopädisch beraten? ja nein

Wurde eine kieferorthopädische Behandlung durchgeführt? ja nein

Wenn ja, bei wem?

Anmeldeformular Kinder & Jugendliche

(Vom Patienten/Erziehungsberechtigten
bitte in Druckschrift auszufüllen)

Dr. Kathy Borgmann
Kieferorthopädin



Kapuzinergraben 18-22 52062 Aachen
Tel. 02 41 / 2 84 35 E-Mail dr.kathy.borgmann@gmx.de

b) Sind z.Z. Geschwister in kieferorthopädischer Behandlung?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Falls ja, Name		
c) Wer hat Sie auf die Zahnfehlstellungen aufmerksam gemacht?		
d) Bestehen ähnliche Zahnfehlstellungen in der Familie?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, bei wem?		
e) Hat der/die Patient_in einen Unfall erlitten, bei dem Milchzähne oder bleibende Zähne beschädigt wurden oder verloren gegangen sind?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, welche Zähne waren betroffen? In welchem Lebensjahr war dieser Unfall?		
f) War der/die Patient_in schon einmal in Behandlung eines Hals-Nasen- Ohrenarzt?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Welche Behandlung wurde durchgeführt? <input type="checkbox"/> Mandelentfernung <input type="checkbox"/> Polypenentfernung <input type="checkbox"/> Korr. der Nasenscheidewand)		
g) Atmet der/die Patient_in meistens durch den Mund	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
h) Hat der/die Patient_in gelutscht?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Schläft er/sie mit offenem Mund ?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, bis zu welchem Alter ?		
i) Besteht eine sonstige Angewohnheit wie <input type="checkbox"/> Lippenbeißen <input type="checkbox"/> Nägelkauen <input type="checkbox"/> Zungenpressen?		
j) Welche Erkrankungen hat der/die Patient_in durchgemacht? <input type="checkbox"/> Herz-Kreislaufkrankungen <input type="checkbox"/> Stoffwechselstörungen <input type="checkbox"/> Erkrankungen des Nerven- oder Immunsystems <input type="checkbox"/> Rachitis <input type="checkbox"/> Allergien <input type="checkbox"/> Heuschnupfen <input type="checkbox"/> Bluter <input type="checkbox"/> Epilepsie <input type="checkbox"/> Gelbsucht <input type="checkbox"/> Rheuma <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Infektionserkrankungen		
<input type="checkbox"/> Sonstige		
k) Bestehen Allergien (z.B. gegen Pollen, Latex, Metalle, Medikamente) und wenn ja, welche		
Haben Sie einen Allergiepass?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
l) Werden z. Z. Medikamente eingenommen? (z. B. Hormone (Pille), Ritalin o. a.)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Falls ja, welche?		

Anmeldeformular Kinder & Jugendliche

(bitte online ausfüllen und
per E-Mail zusenden oder ausdrucken)

Dr. Kathy Borgmann
Kieferorthopädin



Kapuzinergraben 18-22 52062 Aachen
Tel. 02 41 / 2 84 35 E-Mail dr.kathy.borgmann@gmx.de

m) Wie beurteilen Sie die Mitarbeitsbereitschaft Ihres Kindes?			<input type="checkbox"/> sehr gut	<input type="checkbox"/> gut	<input type="checkbox"/> mäßig
n) Sind in letzter Zeit Röntgenaufnahmen der Zähne oder des Kiefers gemacht worden?			<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Wenn ja von wann und wer hat sie gemacht? (Falls vorhanden, bringen Sie bitte aktuelle Röntgenbilder zur Beratung mit.)					
o) Besteht zur Zeit eine Schwangerschaft?			<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
p) Bestehen Kiefergelenksbeschwerden ?			<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
q) Spielt der/die Patient_in ein Blasinstrument?			<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
r) Körpergröße Vater	Körpergröße Mutter	Körpergröße Patient_in			
s) Wann war der letzte Zahnarztbesuch?					
t) Wie heißt der behandelnde Zahnarzt?					
q) Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?					
<input type="checkbox"/> Zahnarzt <input type="checkbox"/> Arzt <input type="checkbox"/> Internet <input type="checkbox"/> Praxisschild <input type="checkbox"/> Patientenempfehlung <input type="checkbox"/> Freunde					
<input type="checkbox"/> Sonstiges					
Bei einer Patientenempfehlung freuen wir uns über die Namensnennung:					
Was erwarten Sie von einer kieferorthopädischen Behandlung?					
Ich erwarte:					
<input type="checkbox"/> gerade ausgerichtete Zähne <input type="checkbox"/> längere Lebensdauer der Zähne <input type="checkbox"/> besseres Kauvermögen <input type="checkbox"/> besseres Aussehen					
<input type="checkbox"/> Beseitigung von Schmerzen					
<input type="checkbox"/> Sonstiges					
Was stört Sie an der bestehenden Zahn- und Kieferstellung am meisten?					
Mich stört:					

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass mit dem behandelnden Zahnarzt/Kieferchirurg/Logopäden/Physiotherapeuten und andere Mitbehandler/Krankenversicherung/Gutachter/KZV telefonisch, schriftlich oder per Fax Kontakt zur Abstimmung der geplanten Behandlungsmaßnahmen/Abrechnung aufgenommen wird und wir Sie per SMS/E-Mail oder Telefon wegen Terminen u. ä. kontaktieren dürfen.

Ort/Datum

Unterschrift (bei Minderjährigen Unterschrift eines
Erziehungsberechtigten)