



Anmeldung und Anamnese

Vom Patienten / Erziehungsberechtigten in Druckschrift auszufüllen · Seite 1 von 2

PATIENT

Name		Vorname	
Geburtsdatum		Straße, Nr.	
PLZ / Ort			
Gesetzliche Krankenversicherung			
Private / Zusatzversicherung			

VERSICHERTER

Name		Vorname	
Geburtsdatum		Straße, Nr.	
PLZ / Ort		E-Mail	
Tel.-Nr.		Mobil	

E-Mail und Mobilnummer nutzen wir für organisatorische Rückfragen. Für Terminerinnerungen benötigen wir zusätzlich Ihre Einwilligung (Einwilligungsblatt).

ERZIEHUNGSBERECHTIGTE UND KOSTENÜBERNAHME

Name, Anschrift und Geburtsdatum des Vaters, der Mutter oder des sonstigen Erziehungsberechtigten, wenn nicht der Versicherte zugleich Erziehungsberechtigter ist:

Sorgerecht für den minderjährigen Patienten	☐ gemeinsam ☐ alleinig
Rechnungsempfänger / Honorarschuldner	

BERATUNG UND KOSTEN

Nach der Erstuntersuchung besprechen wir mit Ihnen Befund, Behandlungsmöglichkeiten und Kosten. Leistungen, die über die Regelversorgung der gesetzlichen Krankenversicherung hinausgehen, werden vorher schriftlich vereinbart. Mit dieser Anmeldung ist darüber keine Vorentscheidung verbunden.

Fehlende Versichertenkarte: Wird die gültige elektronische Gesundheitskarte nicht innerhalb von 10 Tagen nach dem ersten Behandlungstermin vorgelegt, stellen wir die erbrachten Leistungen privat in Rechnung. Bei Nachreichung innerhalb des laufenden Kalendervierteljahres erstatten wir den Rechnungsbetrag.

Anamnese

Zur Beantwortung folgender Fragen Zutreffendes bitte ankreuzen bzw. sinnvoll ergänzen

Seite 2 von 2

Wird der Patient z. Zt. kieferorthopädisch behandelt bzw. wurde er bereits behandelt oder untersucht?	☐ Ja	☐ Nein
Befinden sich z. Zt. Geschwister in kieferorthopädischer Behandlung?	☐ Ja	☐ Nein
Anzahl der Geschwister in kieferorthopädischer Behandlung		
Bei welchem Zahnarzt wird der Patient allgemein Zahnärztlich behandelt?		
Von wem wurden Sie auf die Zahnfehlstellung aufmerksam gemacht?		
Von wem wurde Ihnen unsere Praxis empfohlen? (freiwillige Angabe)		
Gibt es ähnliche Zahnfehlstellungen in der Familie?	☐ Ja	☐ Nein
Falls Ja, bei wem?		
Wurden Mandeln oder Polypen entfernt?	☐ Ja	☐ Nein
Falls Ja, wann?		
Wurden bereits einmal bei einem Unfall / Sturz Zähne beschädigt oder der Kiefer gebrochen?	☐ Ja	☐ Nein
Hat das Kind „gelutscht“ (auch Nägelkauen, Saugen an Tüchern oder Schnuller usw.)?	☐ Ja	☐ Nein
Falls Ja, bis zu welchem Lebensjahr?		
Atmet der Patient während des Tages und/oder der Nacht meistens durch den Mund?	☐ Ja	☐ Nein
Spielt der Patient ein Blasinstrument?	☐ Ja	☐ Nein
Wurde der Patient bereits einmal geröntgt bzw. strahlenbehandelt?	☐ Ja	☐ Nein
Falls Ja: Röntgen / Strahlenbehandlung im Jahr, bei Arzt oder Klinik		
Bei weiblichen Patientinnen: Besteht derzeit eine Schwangerschaft? (Angabe u. a. wegen der Röntgendiagnostik erforderlich)	☐ Ja	☐ Nein
Leidet der Patient an einer ernsteren oder dauernden Erkrankung / Allergie / Infektion?	☐ Ja	☐ Nein
Falls Ja, Angabe erbeten bzw. den Behandler besonders darauf hinweisen		
Werden zurzeit Medikamente eingenommen?	☐ Ja	☐ Nein
Falls Ja, welche?		

ABRECHNUNG UND DATENSCHUTZ

Datenschutzinformation: Die „Informationen zum Datenschutz“ (Fassung 10/2026) habe ich erhalten und zur Kenntnis genommen.

Schweigepflichtentbindung: Soweit es für die dort dargestellten Verarbeitungszwecke erforderlich ist, entbinde ich Dr. Alexander Wille, MSc., die weiteren in der Praxis tätigen Behandlerinnen und Behandler sowie das eingesetzte Personal von der zahnärztlichen Schweigepflicht.

Einwilligungen zu Bilddokumentation und Öffentlichkeitsarbeit, Terminerinnerung, externen Laboren und Herstellern sowie Videosprechstunde finden Sie auf dem separaten Einwilligungsblatt.

Ausfallhonorar bei nicht eingehaltenen Terminen

Wir vergeben ausschließlich Einzeltermine und reservieren die vereinbarte Behandlungszeit exklusiv für den Patienten. Termine können bis spätestens **48 Stunden** vor dem Behandlungstermin kostenfrei unter 0202 44 43 93 abgesagt oder verlegt werden.

Wird ein Termin nicht oder nicht rechtzeitig innerhalb dieser Frist abgesagt und kann die reservierte Behandlungszeit nicht anderweitig vergeben werden, berechnen wir ein Ausfallhonorar in Höhe von **30,00 €** je angefangene 30 Minuten der reservierten Zeit. Die Berechnung erfolgt als Ersatz des durch die nutzlos aufgewandte Behandlungszeit entstandenen Schadens; sie ist keine Vergütung für eine zahnärztliche Leistung und wird von den Krankenkassen nicht übernommen.

Ein Ausfallhonorar wird nicht berechnet, wenn die Verhinderung auf einem Grund beruht, den der Patient nicht zu vertreten hat (z. B. plötzliche Erkrankung, Unfall), oder wenn die reservierte Zeit anderweitig belegt werden konnte. Dem Patienten bleibt der Nachweis vorbehalten, dass kein oder ein geringerer Schaden entstanden ist.