



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

Wir, das Praxisteam, möchten Ihnen Ihren Aufenthalt in der Praxis so angenehm wie möglich gestalten. 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. Bei Rückfragen wenden Sie sich bitte an unser Empfangs-Team. Alle Angaben unterliegen nach § 203 StGB der ärztlichen Schweigepflicht.

PATIENTENDATEN

Name, Vorname	Geburtsdatum	
Straße, Hausnummer	Postleitzahl, Ort	
Telefon	Telefon mobil	E-Mail
Versicherung		
Mitglied (falls nicht selbst versichert)		
Beruf, Arbeitgeber		

BEI MINDERJÄHRIGEN PATIENTEN

Mutter: Name, Vorname	Geburtsdatum
Straße, Hausnummer	Postleitzahl, Ort
Telefon, Mobil	E-Mail
Vater: Name, Vorname	Geburtsdatum
Straße, Hausnummer	Postleitzahl, Ort
Telefon, Mobil	E-Mail

Besteht eine Zusatzversicherung für kieferorthopädische Leistungen? Ja Nein
Besteht eine Berechtigung auf Beihilfe? Ja Nein

Ihr Hauszahnarzt Name, Anschrift

Ihr Hausarzt Name, Anschrift

Dürfen wir Ihren Arzt/Zahnarzt in interdisziplinären
Behandlungsfragestellungen kontaktieren? Ja Nein

Sind in letzter Zeit Röntgenaufnahmen angefertigt worden? Ja Nein
Wenn ja, wann und wo:

Wurde schon eine kieferorthopädische Beratung/Behandlung durchgeführt? Ja Nein
Wenn ja, wann und wo?

Wurden Unterlagen erstellt? Ja Nein
Wenn ja, welche?

Bitte Rückseite beachten

Wurden andere Familienmitglieder kieferorthopädisch behandelt? Ja Nein
Was stört am meisten an der Zahn-/Kieferfehlstellung?

Wird ein Blasinstrument gespielt? Ja Nein
Wenn ja, welches:

Wird oder wurde am Daumen gelutscht? Ja Nein
Wurde ein Schnuller benutzt? Ja Nein
Besteht eine Fehlfunktion der Zunge oder Lippe? Ja Nein
Wird gelegentlich an den Fingernägeln gekaut? Ja Nein
Wird geknirscht oder mit den Zähnen oder dem Kiefer gepresst? Ja Nein
Wurden bei einem Unfall Zähne oder Kiefer verletzt? Ja Nein
Bestehen/bestanden Beschwerden des Kiefergelenks,
der Kaumusculatur oder häufig Kopfschmerzen? Ja Nein
Besteht eine rheumatische Erkrankung? Ja Nein
Gibt oder gab es orthopädische Befunde? Ja Nein
Liegt eine erschwerte Nasenatmung bzw. Mundatmung vor? Ja Nein
Wurden Mandeln oder Polypen entfernt? Ja Nein

Liegt eine der folgenden Erkrankungen vor:

- Herz-Kreislauf-Störungen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	- Epilepsie	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
- Diabetes	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	- HIV	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
- Asthma	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	- Tuberkulose	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
- Creutzfeldt-Jakob/Varianten	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	- Sonstige	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
- Blutgerinnungsstörungen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein			

Wenn ja, welche

Liegt eine Allergie vor? Ja Nein
Wenn ja, welche?

Werden regelmäßig Medikamente eingenommen? Ja Nein
Wenn ja, welche?

Besteht eine Schwangerschaft? Monat ____ Ja Nein

Dürfen wir Sie für Praxis-Informationen, Terminerinnerungen und unseren
Vorsorge-Recall postalisch, telefonisch, per SMS oder E-Mail kontaktieren? Ja Nein

Auf wessen Empfehlung kommen Sie? / Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Haben Sie eine ärztliche/zahnärztliche Überweisung? Ja Nein

Hinweis zur Organisation: Die vereinbarten Termine sind für Sie reserviert. Bitte vermeiden Sie kurzfristige Terminabsagen und -verschiebungen. Bitte haben Sie Verständnis dafür, dass wir nicht wahrgenommene Termine, die nicht spätestens 24 Stunden zuvor abgesagt wurden, privat berechnen müssen. Wir sind berechtigt, diese auch Mitgliedern der gesetzlichen Krankenversicherung nach der privaten Gebührenordnung (GOZ) in Rechnung zu stellen.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner umseitigen und obigen Angaben und stimme der Speicherung meiner persönlichen Daten ausdrücklich zu. Zudem erkläre ich mich einverstanden, dass im Rahmen der kieferorthopädischen Behandlung notwendige Röntgenuntersuchungen bei meinem Kind gemacht werden.

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten
bzw. Erziehungsberechtigten

Wir danken Ihnen herzlich für Ihre Beantwortungszeit! Bitte teilen Sie uns Änderungen der Angaben rechtzeitig mit.
Ihr Team der Eichenklinik