

Beim ersten Beratungstermin möchten wir uns gerne ausführlich mit Ihnen über Ihre kieferorthopädische Behandlung und Ihre Wünsche diesbezüglich unterhalten. Um Sie umfassend beraten zu können, benötigen wir für den ersten Beratungstermin neben den persönlichen Angaben auch medizinische Auskünfte. Bitte füllen Sie dazu im Vorfeld des Beratungstermins diesen Patientenbogen aus und bringen Sie ihn zum Termin mit. Wir nehmen Ihre Angaben selbstverständlich diskret entgegen.

PATIENT (IN)

Rechnungsempfänger ja nein

Name

Vorname

Geburtsdatum + Ort

Straße + Hausnr.

PLZ + Wohnort

Telefon privat

Telefon mobil

Emailadresse

Beruf

RECHNUNGSEMPFÄNGER (IN)

Rechnungsempfänger ja nein

Name

Vorname

Geburtsdatum + Ort

Straße + Hausnr.

PLZ + Wohnort

Telefon privat

Telefon mobil

Emailadresse

Beruf

VERSICHERUNG

Gesetzliche Krankenkasse:

pflichtversichert freiwillig versichert

Private Krankenkasse:

Beihilfe: ja nein

ÄRZTLICHE BEHANDLUNG

Ihr behandelnder (überweisender) Zahnarzt:

.....

Ihr Hausarzt:

.....

Ich bin damit einverstanden, dass mein ja nein

behandelnder Zahnarzt über die geplanten kieferorthopädischen Maßnahmen und den Verlauf der Behandlung informiert wird.

Vielen Dank für Ihre Mithilfe. Wir werden uns bemühen, Ihren Aufenthalt bei uns so angenehm wie möglich zu gestalten. Diese Angaben sind für eine vertrauensvolle Zusammenarbeit wie auch eine sachgerechte medizinische Behandlung erforderlich. Ihre Angaben werden streng vertraulich behandelt. Sie unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht gemäß § 203 des Strafgesetzbuches sowie den strengen Bestimmungen des Datenschutzgesetzes.

Für gesetzlich versicherte Patienten

Ihre Krankenversicherung verlangt, dass die Krankenversicherungskarte zu jedem Praxisbesuch mitgebracht werden soll. Liegt die Versichertenkarte innerhalb von 14 Tagen nach der Behandlung (bzw. zur Rechnungsstellung) nicht vor, so muss die Behandlung als Privatbehandlung betrachtet werden und eine entsprechende Privatrechnung nach GOZ (Gebührenordnung für Zahnärzte) zugestellt werden.

ÄRZTLICHE BEHANDLUNG

1) Stehen Sie zurzeit in ärztlicher Behandlung?
 ja nein
 Wenn ja, wegen welcher Erkrankung?

2) Bestehen allgemeinmedizinische Erkrankungen (z. B. Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Gerinnungsstörungen, Diabetes, HIV, Hepatitis, Asthma, Epilepsie, etc.)?
 ja nein
 Wenn ja, welche?

3) Nehmen Sie regelmäßig Medikament ein?
 ja nein
 Wenn ja, welche?

4) Bestehen Allergien oder Unverträglichkeiten bzw. der Verdacht gegen bestimmte Materialien oder Medikamente?
 ja nein
 Wenn ja, welche?

5) Besitzen Sie einen Allergiepass?
 ja nein

6) Wurde oder wird bei Ihnen eine physiotherapeutische oder osteopathische Behandlung durchgeführt?
 ja nein

7) Wurde eine logopädische Therapie durchgeführt?
 ja nein

RÖNTGENUNTERSUCHUNG

8) Wurden Sie im letzten Jahr im Kopf-, Kiefer-, -Zahnbereich geröntgt?
 ja nein
 Wenn ja, wann genau und bei wem?

9) **Bei Frauen:** Besteht zurzeit eine Schwangerschaft?
 ja nein

10) Wurden Sie schon einmal kieferorthopädisch behandelt?
 ja nein
 Wenn ja, bei welchem Arzt und wann?

11) Wurde die Behandlung planmäßig abgeschlossen?
 ja nein

12) Waren bei Ihnen Zähne nicht angelegt?
 ja nein

13) Bestehen Kiefergelenksbeschwerden oder –knacken?
 ja nein

14) Leiden Sie häufig unter Kopfschmerzen oder Schmerzen beim Kauen?
 ja nein

15) Tragen Sie eine Aufbiss-Schiene?
 ja nein

16) Besteht Zähneknirschen oder Zähnepressen?
 ja nein

17) Hatten Sie Unfälle mit Beteiligung der Zähne oder des Kiefers?
 ja nein
 Wenn ja, wann und was?

18) Wurden Operationen im Mund- oder Kieferbereich durchgeführt?
 ja nein
 Wenn ja, wann und was?

18) Schnarchen Sie?
 ja nein

▶
 Datum und Unterschrift