

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

E-mail Adresse

Beruf

RECHNUNGSEMPFÄNGER *IN

Rechnungsempfänger ja nein

Name

Vorname

Geburtsdatum + Ort

Straße + Hausnr.

PLZ + Wohnort

Telefon privat

Telefon mobil

E-mail Adresse

Beruf

VERSICHERUNG

Gesetzliche Krankenkasse:

pflichtversichert freiwillig versichert

Private Krankenkasse:

Beihilfe: ja nein

Zusatzversicherung: ja nein

ÄRZTLICHE BEHANDLUNG

Ihr*e behandelnde*r (überweisende*r) Zahnarzt/Zahnärztin:

Ihr*e Hausarzt/Hausärztin:

Ich bin damit einverstanden, dass mein*e behandelnde*r Zahnarzt/Zahnärztin über die geplanten kieferorthopädischen Maßnahmen und den Verlauf der Behandlung informiert wird.

ja nein

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 Versicherungskarte 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 Medikamente ein?

ja nein

Wenn ja, welche?

4) Bestehen Allergien oder Unverträglichkeiten oder 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, weswegen?

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 (z. B. Entfernung von Weisheitszähnen)?

ja nein

Wenn ja, wann und was?

19) Schnarchen Sie?

ja nein

20) Rauchen Sie?

ja nein

Datum und Unterschrift