

Liebe Patientin, lieber Patient,

wir freuen uns, Sie in unserer Praxis begrüßen dürfen. Wir möchten uns in Ruhe mit Ihnen über Ihre kieferorthopädischen Wünsche sprechen und Sie umfassend beraten. Dazu benötigen wir zu Ihrem ersten Termin neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Ihre Angaben werden von uns ggf. auch elektronisch gespeichert und unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht gemäß §203 des StGB sowie den strengen Bestimmungen des Datenschutzes. Bitte denken Sie auch an Ihre Versichertenkarte!

Persönliche Angaben

Name: _____ Vorname: _____
 Straße, Hausnummer: _____ Postleitzahl/Stadt: _____
 Telefonnummer: _____ Mobil: _____
 Geburtsdatum: _____ E-Mail: _____

Versicherung

Ihre Krankenkasse / private Krankenversicherung

- Gesetzlich versichert Privatversichert Basistarif
 Zusatzversicherung für Kieferorthopädie Beihilfe

Sind Sie nicht selbst Mitglied der Versicherung? Dann tragen Sie bitte hier die Daten des Versicherungsnehmers ein:

Name: _____ Vorname: _____
 Straße, Hausnummer: _____ Postleitzahl/Stadt: _____
 Telefonnummer: _____ Mobil: _____
 Geburtsdatum: _____ E-Mail: _____

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

Empfehlung von: Bekannte/Verwandte: _____
 Arzt/Zahnarzt: _____

Internet: Praxis-Homepage Google
 Arzt- oder Gesundheitsportale, welche? _____
 Sonstiges: _____

Allgemeinmedizinische Auskünfte:

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? Wenn ja: welche? _____
 Vertragen Sie bestimmte Medikamente nicht? Wenn ja: welche? _____
 Nehmen Sie blutverdünnende/gerinnungshemmende Medikamente? Wenn ja: welche? _____

Leiden oder litten Sie unter einer der folgenden gesundheitlichen Störungen?

	Ja	Nein
Herzerkrankungen (Herzinfarkt, Angina pectoris, Herzschwäche)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie einen Herzschrittmacher?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kreislaufkrankungen (hoher oder niedriger Blutdruck, Schlaganfall)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blutkrankheiten (Blutarmut, Gerinnungsstörungen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stoffwechselstörungen (Diabetes, Schilddrüsenerkrankungen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infektionskrankheiten (HIV pos., Hepatitis B, Tbc)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Ja	Nein
Allergien (Heuschnupfen, Asthma, Neurodermitis)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gehirn- und Nervenerkrankungen (Anfallsleiden, Depression)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erkrankungen des Bewegungsapparates (Rheuma)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nierenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige Erkrankungen, welche? _____		

Fragen zur Röntgenuntersuchung:

Sind Sie schon einmal im Kopf-/Kieferbereich geröntgt worden? Wenn ja, wann? _____

Gibt es Röntgenbilder, die nicht älter als 2 Jahre sind? ja nein

Besitzen Sie einen Röntgenpass? _____

Für Patientinnen: Sind Sie schwanger? Wenn ja: in welchem Monat: _____

Wir bitten um Mitteilung, falls während des Behandlungszeitraumes eine Schwangerschaft eintritt.

Zahnmedizinische Auskünfte

Name Ihres behandelnden Zahnarztes: _____

Traten bei Ihnen bei einer zahnärztlichen Behandlung Komplikationen auf? ja nein**Mundhygiene**

Wie oft putzen Sie Ihre Zähne? _____ mal täglich.

Gehen Sie zu regelmäßigen Kontrollen zum Zahnarzt? ja neinGehen Sie regelmäßig zur professionellen Zahnreinigung? ja nein**Fragen aus kieferorthopädischen Gründen:**Wurden Sie schon einmal kieferorthopädisch behandelt? ja neinWas stört Sie am meisten an Ihrer Zahn- und Kieferfehlstellung?
_____Bestehen häufig Kopfschmerzen, Schmerzen im Gesichtsbereich oder beim Kauen? ja neinBesteht oder bestand Zähneknirschen oder Zähnepressen? ja neinGab es Unfälle mit Beteiligung der Zähne und des Kiefers? Wenn ja, welche?
_____Besteht Mundatmung, häufige Erkältung oder Schnarchen? ja nein

Was? _____

Waren Sie bereits in Behandlung eines Hals-Nasen-Ohrenarztes? ja nein

Wann und was wurde gemacht? _____

Bitte teilen Sie uns Änderungen Ihres Gesundheitszustandes unverzüglich mit.**Möchten Sie 24 Stunden vorher an Ihren Termin erinnert werden?** ja, per SMS ja, per E-Mail nein

Ihre Handy-Nummer/E-Mail lautet: _____

Wir weisen ausdrücklich darauf hin, dass das Reaktionsvermögen im Straßenverkehr nach einer Lokalanästhesie eingeschränkt sein kann und bitten Sie, uns diese Aufklärung sowie die Richtigkeit Ihrer Gesundheitsangaben nachfolgend durch Ihre Unterschrift zu bestätigen:

Ort, Datum

Unterschrift Patient/in

Gesetzlicher Vertreter/in