

HERZLICH WILLKOMMEN IN UNSERER PRAXIS

Bevor wir uns mit Ihnen über Ihre kieferorthopädischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Angaben über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine adäquate und risikoarme Behandlung. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Patientendaten

Name des Patienten: _____
geb. am: _____
Geburtsort: _____
Anschrift: _____

Name der Krankenkasse: _____

Bitte bei einer gesetzlichen Kasse angeben:

Pflichtversichert? **ja** [] **nein** []
Freiwillig versichert? **ja** [] **nein** []
Privat zahnärztlich zusatzversichert? **ja** [] **nein** []
Haben Sie die Kostenerstattung gewählt? **ja** [] **nein** []

Bitte bei einer Privatversicherung angeben:

Standardtarif? **ja** [] **nein** []
Basistarif? **ja** [] **nein** []
Studentisch versichert? **ja** [] **nein** []
Beihilfeberechtigt? **ja** [] **nein** []

Telefon: _____

Fax: _____

Mobil: _____

Telefon Büro: _____

E-Mail Adresse: _____

Beruf: _____

Versichertendaten (sofern diese von den Patientendaten abweichen)

Rechnung an Patienten oder Versicherten ? _____

Versicherter: _____

geb. am: _____

Anschrift: _____

Weitere Angaben

Arbeitgeber: _____

Anschrift des Arbeitgebers: _____

Haben Sie Interesse an regelmäßiger Vorsorge,
um erneute Erkrankungen zu vermeiden? **ja** [] **nein** []

Termine, die ich nicht einhalten kann, werde ich spätestens 24 Stunden vorher absagen, da ansonsten die durch mein Fernbleiben entstandenen Kosten in Rechnung gestellt werden können.

Patient: _____

Seite 1

Ärztliche Anamnese

Sind Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung? ja [] nein []
Wenn ja, bei wem?

Waren oder sind Sie in logopädischer Behandlung? ja [] nein []
Wenn ja, bei wem?

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? ja [] nein []
Wenn ja, welche?

Wurden bei Ihnen bisher Operationen durchgeführt? ja [] nein []
Wenn ja, welche?

Bestehen bei Ihnen schwerwiegende Erkrankungen (z. B. Asthma, Diabetes, Rheuma)? ja [] nein []
Wenn ja, welche?

Bestehen Allergien? ja [] nein []
Wenn ja, welche?

Treten häufig Kopfschmerzen auf? ja [] nein []

Röntgen

Wurden Sie in den letzten zwölf Monaten geröntgt? ja [] nein []
Wenn ja, wo?

Zahnärztliche Anamnese

Waren Sie schon einmal in kieferorthopädischer Behandlung? ja [] nein []
Wenn ja, wo?

Hat ein Elternteil eine Zahn- bzw. Kieferfehlstellung? ja [] nein []

Haben Sie Beschwerden beim Kauen? ja [] nein []

Knirschen Sie mit den Zähnen? ja [] nein []

Knacken im Kiefergelenk? ja [] nein []

Liegen Sprachstörungen wie Stottern, Lispeln oder Näseln bei Ihnen vor? ja [] nein []

Sind drei oder mehr Zähne gefüllt oder defekt? ja [] nein []

Sind schon Zähne durch Karies verloren gegangen? ja [] nein []

Ist Ihr Zahnfleisch oft gerötet, entzündet oder blutig (z. B. beim Zähneputzen)? ja [] nein []

Gewohnheiten

Lippenbeißen? ja [] nein []

Patient: _____

Gewohnheiten

Nägelkauen? ja [] nein []
Wird häufig geschnarcht oder durch den Mund geatmet? ja [] nein []
Spielen Sie ein Instrument? ja [] nein []
Wenn ja, welches?

Betreiben Sie eine Sportart intensiv? ja [] nein []
Wenn ja, welche?

Anlass für die kieferorthopädische Behandlung

Verbesserung der Kaufunktion? ja [] nein []
Verbesserung der Sprache? ja [] nein []
Verbesserung des Aussehens? ja [] nein []
Sonstige Gründe? ja [] nein []
Wenn ja, welche?

Überweisung erfolgte durch?

Wo halten Sie sich tagsüber überwiegend auf?

Sind Sie selbst an einer Gebissregulierung interessiert? ja [] nein []

Wir benötigen Ihre Krankenversichertenkarte bei jedem Besuch in der Praxis. Liegt sie uns 10 Tage nach der Behandlung nicht vor, betrachten wir Sie als Privatpatient und Sie erhalten eine Rechnung.

Datum _____ Unterschrift _____