

Herzlich Willkommen in unserer Praxis!

Liebe Patientin, lieber Patient, liebe Eltern,
wir, das gesamte Team der kieferorthopädischen Praxis Dr. Marny Abendroth, möchten Ihnen | Ihrem Kind den Aufenthalt in unserer Praxis so angenehm wie möglich gestalten. Dazu benötigen wir neben den Personalien von Ihnen | Ihrem Kind auch Auskünfte über den Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine optimale und risikoarme Behandlung. Alle Angaben unterliegen nach § 203 StGB der ärztlichen Schweigepflicht und werden selbstverständlich vertraulich behandelt. Bei Fragen wenden Sie sich gern jederzeit an uns, wir helfen Ihnen weiter.

Vielen Dank, Ihr Praxisteam!

Patientendaten

Name	_____	Telefon	_____
Vorname	_____	Telefon (mobil)	_____
Geburtsdatum, -ort	_____	Telefon (dienstlich)	_____
Straße Nr.	_____	E-Mail	_____
PLZ Ort	_____	Beruf	_____
Hausarzt	_____		
Hauszahnarzt	_____		

Bei minderjährigen Patienten: Angaben des Versicherten | gesetzlichen Vertreters

Name	_____	Telefon	_____
Vorname	_____	Telefon (mobil)	_____
Geburtsdatum, -ort	_____	Telefon (dienstlich)	_____
Straße Nr.	_____	E-Mail	_____
PLZ Ort	_____	Beruf	_____

Krankenversicherung

Mitversichert bei	_____	<input type="radio"/> Mutter	<input type="radio"/> Vater
Privat bei	_____	<input type="radio"/> Basis- Standardtarif	<input type="radio"/> Beihilfeberechtigt
Gesetzlich bei	_____	<input type="radio"/> Pflichtversichert	<input type="radio"/> Freiwillig versichert <input type="radio"/> Privat zusatzversichert

Allgemeine Angaben

Wurden Sie | Ihr Kind bereits kieferorthopädisch beraten? Ja Nein
Bzw. behandelt? Ja Nein

Wenn ja, wie lange, bei wem und wo? _____

Wurden in letzter Zeit Röntgenbilder erstellt? Ja Nein

Wenn ja, in welcher Region? _____

Haben Sie | Ihr Kind einen Röntgenpass? Ja Nein

Familienanamnese

- Hat ein Elternteil Gebissunregelmäßigkeiten | Zahnfehlstellungen? Ja Nein
Wenn ja, welche? _____
- Hat oder haben Geschwister Gebissunregelmäßigkeiten | Zahnfehlstellungen? Ja Nein
Wenn ja, welche? _____
- Ist bereits ein Geschwisterkind | Familienmitglied kieferorthopädisch behandelt worden? Ja Nein
Wenn ja, wer und wo? _____

Bitte wenden

Allgemeinanamnese

1. Was stört Sie | Ihr Kind am meisten an der Zahn- | Kieferstellung und was erwarten Sie von einer kieferorthopädischen Behandlung?

2. Liegt eine schwerwiegende Erkrankung vor? Ja Nein
Wenn ja, welche? Herz- | Kreislauferkrankung Diabetes Asthma Blutgerinnungsstörung Epilepsie
 Rheuma HIV | AIDS Hepatitis Tuberkulose MRSA (Krankenhauskeim)

Sonstiges: _____

3. Findet zur Zeit eine ärztliche Behandlung statt? Ja Nein
Wenn ja, weshalb und wo? _____

4. Werden regelmäßig Medikamente eingenommen? Ja Nein
Wenn ja, welche? _____

5. Liegen Allergien vor? Ja Nein
Wenn ja, welche? _____

6. Findet | fand eine Behandlung bei einem Hals-Nasen-Ohren-Arzt statt? Ja Nein
Wenn ja, welche? Mandeln entfernt Polypen entfernt Nasenscheidewand korrigiert

Sonstiges: _____

7. Liegt eine erschwerte Nasen- | Mundatmung vor? Ja Nein

8. Gibt es Beschwerden bezüglich Kauen Beißen Sprechen Knirschen | Pressen
 Schnarchen Kiefergelenken Kopfschmerzen Schlaf

Sonstiges: _____

9. Gibt | Gab es Unfälle im Zahn- | Kieferbereich Zahnfleischbluten?

Wenn ja, was genau? _____

10. Wird | Wurde am Daumen gelutscht ein Schnuller benutzt
 ein Blasinstrument gespielt an Fingernägeln | am Bleistift gekaut?

11. Wird | Wurde bei einem Heilpraktiker, Orthopäden, Physiotherapeuten oder Logopäden behandelt? Ja Nein
Wenn ja, welcher Art? _____

12. Besteht eine Schwangerschaft? Ja Nein

13. Überwiesen | Empfohlen | Aufmerksam geworden durch Zahnarzt Familie | Freunde Internet

Sonstiges: _____

14. Dürfen wir Ihnen Praxisinformationen übersenden? Ja Nein
Wenn ja, auf welchem Wege? per Post per E-Mail

Wichtige Informationen

Wir sind immer darauf bedacht, lange Wartezeiten für unsere Patienten zu vermeiden. Die vereinbarten Termine sind für Sie reserviert, deshalb bitten wir Sie, mindestens 24 Stunden vorher abzusagen, falls Sie verhindert sind. Für unsere Patienten mit gesetzlicher Krankenversicherung: Wir benötigen die Krankenversichertenkarte bei jedem Besuch in der Praxis. Liegt uns diese auch 14 Tage nach der Behandlung nicht vor, so sind wir gesetzlich dazu verpflichtet, Sie | Ihr Kind als Privatpatient zu behandeln und Ihnen eine Rechnung nach der GOZ auszustellen.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben und stimme der Speicherung meiner persönlichen Daten ausdrücklich zu. Auch bin ich mit der Kontaktaufnahme und der Weitergabe meiner personenbezogenen Daten an medizinische Kollegen sowie externe Einrichtungen, die nach § 28 Abs. 1 Nr. 1 BDSG für die Erfüllung des Vertragsverhältnisses erforderlich sind, einverstanden. Änderungen der Angaben teile ich rechtzeitig mit.

Ort | Datum

Unterschrift des Patienten bzw. Erziehungsberechtigten

Röntgeneinverständniserklärung

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass im Rahmen der kieferorthopädischen Behandlung notwendige Röntgenuntersuchungen bei meinem Kind durchgeführt werden dürfen.

Ort | Datum

Unterschrift des Erziehungsberechtigten

Herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit! Wir wünschen Ihnen einen schönen Aufenthalt in unserer Praxis! Ihr Praxisteam