

Herzlich Willkommen in unserer Praxis!

Liebe Patientin, lieber Patient!

Wir, die Praxis Julia Hantes, möchten Ihnen den Aufenthalt in unserer Praxis so angenehm wie möglich gestalten. Zur Anlage Ihrer persönlichen Behandlungskartei und im Interesse einer komplikationslosen Behandlung benötigen wir einige Angaben. Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen vollständig und richtig. Alle Angaben unterliegen nach § 203 StGB der ärztlichen Schweigepflicht.

Persönliche Daten

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Name, Vorname	Geburtsdatum/-ort
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Straße, Nr.	PLZ, Ort
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Telefon - Festnetz	Telefon - mobil
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Email	Beruf

Sind Patient und Mitglied nicht identisch, ergänzen Sie bitte die Daten des Versicherungsnehmers.

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Name, Vorname	Geburtsdatum/-ort
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Straße, Nr.	PLZ, Ort

Versicherung

Krankenkasse

- Gesetzlich versichert
 Privat versichert
 Zusatzversichert
 Beihilfe

Zahnarzt

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Name	PLZ, Ort

Wie wurden Sie auf uns aufmerksam?

- Google
 Überweisung durch
 Werbung
 Persönliche Empfehlung
 Sonstiges

Grund Ihres Besuchs

- Vorsorgeuntersuchung
 Beratung
 Prophylaxe
 Schmerzbehandlung / Kiefergelenk
 Zweite Meinung
 Überweisung vom Hauszahnarzt

Was ist Ihnen besonders wichtig?

Allgemeiner Gesundheitsfragen

- Herz-/ Kreislaferkrankungen ja nein
 Diabetes ja nein
 Blutgerinnungsstörungen ja nein
 Asthma/Lungenerkrankungen ja nein
 Latexallergie ja nein
 Andere Allergien ja nein

wenn ja, welche?

Infektionskrankheiten:

- HIV-Infektion / Stadium AIDS ja nein
 Lebererkrankung / Hepatitis ja nein
 Tuberkulose ja nein
 Creutzfeldt-Jakob-Krankheit (CJK) ja nein
 Andere Infektionskrankheiten ja nein

Wenn ja, welche?

Sonstige Erkankungen:

Nehmen Sie Medikamente ein? ja nein

wenn ja, welche?

Mundgesundheitsstatus

Habits (schlechte Angewohnheiten)

- Lippen beißen Schnuller Nägel kauen
 Mundatmung Knirschen / Pressen Daumen lutschen

Allgemeine Angaben

Wann hatten Sie die letzte Röntgenuntersuchung im Mund- und Kieferbereich?

Wann hatten Sie die letzte professionelle Zahnreinigung?

Rauchen Sie? ja nein

Besteht eine Schwangerschaft? ja nein

Sind Sie in Logopädischer Behandlung? ja nein

Wurde früher schon einmal eine kieferorthopädische Behandlung durchgeführt? ja nein

Wenn ja, wo und wann?

Erklärung zur Röntgenverordnung und zu Röntgenaufnahmen

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass bei mir/meinem Kind für die kieferorthopädische Beratung und Behandlung notwendigen Röntgenaufnahme gemacht werden dürfen und dass ich alle Fragen wahrheitsgemäß beantwortet habe.

Ich verpflichte mich, über alle Änderungen, die sich während der gesamten Behandlungszeit ergeben, umgehend Mitteilung zu machen.

Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten für Abrechnungszwecke weitergegeben werden.

Ort, Datum

Unterschrift