



KIEFERORTHOPÄDEN

Patientenaufnahme

Vorname: Nachname:

geboren am:

Straße: PLZ, Wohnort:

Telefon privat: mobil:

geschäftlich: Mail:

Name des Hauptversicherten: geb. am:

Beruf: Arbeitgeber:

Name der gesetzlichen Krankenversicherung:

Name der privaten Krankenversicherung:

Sind Sie freiwillig versichert? ja / nein

Sind Sie beihilfeberechtigt? ja / nein

Zahnarzt: Hausarzt:

Kieferorthopädische Vorbehandlung? ja / nein

wenn ja, wo?:

Sind Sie zurzeit in ärztlicher Behandlung? ja / nein

wenn ja, warum?:

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? ja / nein

wenn ja, welche?:

Besteht eine Allergie? ja / nein

wenn ja, wogegen?:

Besteht bzw. bestand eine (ansteckende) Erkrankung?

Hepatitis („Gelbsucht“) ja / nein

TBC (=Tuberkulose) ja / nein

Heuschnupfen ja / nein

Herzleiden ja / nein

Blutgerinnungsstörung ja / nein

Salmonellose ja / nein

HIV-positiv ja / nein

Asthma ja / nein

Diabetes ja / nein

Epilepsie ja / nein

sonstige Allgemeinerkrankungen?:



KIEFERORTHOPÄDEN

Besteht bei Ihnen eine Schwangerschaft? ja / nein

Sind Sie in den letzten Monaten im Kopfbereich geröntgt worden? ja / nein

Haben Sie Beschwerden im Bereich der Kiefergelenke / Kaumuskulatur? ja / nein

Knirschen Sie mit den Zähnen? ja / nein

Waren Sie bereits beim Hals- Nasen- Ohrenarzt?

Nein

Beratung

Polypen entfernt

Mandeln entfernt

Atmen Sie normalerweise...

durch die Nase

durch den Mund

erschwerte Nasenatmung

schnarcht nachts

Wurde bei Ihnen eine logopädische Behandlung (Sprechübungen) durchgeführt? ja / nein

Sind Sie an einer unsichtbaren Zahnregulierung interessiert? weniger ja / nein

Wodurch sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Internet

Gelbe Seiten

Zahnarzt

Plakatwerbung Bundesallee

Freunde / Bekannte

Sonstiges:

Datenschutz und Sicherheit:

Hiermit willige ich ein, dass die/der behandelnde Kieferorthopädin/e meine erhobenen Daten verarbeiten und elektronisch/analog speichern darf und, soweit dies für die Behandlung notwendig ist, mit den Kollegen in der Gemeinschaftspraxis austauschen darf. Die Einwilligung betrifft auch die in der Gemeinschaftspraxis angestellten Mitarbeiter.

Befundübermittlung:

Hiermit willige ich ein, dass die/der behandelnde/r Kieferorthopädin/e von der ärztlichen Schweigepflicht entbunden wird. Ich erkläre mich einverstanden, dass die zahnärztlichen Behandlungsunterlagen an folgenden mitbehandelnden Zahnarzt/Kieferchirurgen/Klinik übermittelt werden:

.....



KIEFERORTHOPÄDEN

Recall:

Ich bin grundsätzlich damit einverstanden, dass Sie mich in Ihr Erinnerungssystem aufnehmen um mich ggf. an Termine und Untersuchungen zu erinnern.

Haben wir noch etwas vergessen? Möchten Sie uns noch etwas mitteilen?

.....
.....
.....

Wir bitten Sie, alle Angaben vollständig und wahrheitsgemäß auszufüllen. Ihre Angaben werden streng vertraulich behandelt. Sie unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht § 203 des Strafgesetzbuches sowie den Bestimmungen des Datenschutzgesetzes.

Wuppertal, den _____

Der Patient bzw. gesetzliche Vertreter