

Herzlich willkommen in unserer Praxis

Schön, dass Sie uns besuchen. Zunächst benötigen wir noch folgende Angaben, um uns adäquat und sorgfältig Ihren Wünschen annehmen zu können. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Patient:

Name:	Vorname:
Geburtsdatum:	Telefon:
Straße	PLZ, Ort:

Versicherter:

Name:	Vorname:
Geburtsdatum:	
Straße:	PLZ, Ort:
Telefon/mobil:	E-Mail-Adresse:
Beruf:	Arbeitgeber:
Krankenkasse*)/Krankenversicherung: Ort:	

Versicherung:

Kasse

Privat Beihilfe Beihilfestelle: _____

Haben Sie eine **Zahnzusatzversicherung?** ja nein

Sind Sie **nur** nach dem **Basis-Tarif** der **privaten** Krankenversicherungen versichert? ja nein

Rechnungsempfänger (soweit nicht Versicherter):

*) Patienten der gesetzlichen Krankenkassen müssen eine Privatrechnung erhalten, wenn nicht innerhalb von 10 Tagen eine gültige Krankenversicherungskarte vorgelegt wird.

Wer ist Ihr **Zahnarzt**: Ort:

Wer hat uns empfohlen?

Mein Hauptanliegen ist: _____

Ich wünsche **unverbindliche, kostenfreie**, zusätzliche Beratung und Informationen über:

- nicht sichtbare, innen liegende (linguale) Apparaturen
- ästhetische, wenig sichtbare Schienen (Aligner)
- funktionelle Kiefergelenkuntersuchung

Für die Erstuntersuchung und die Beurteilung der Behandlungsnotwendigkeit sowie die Ausarbeitung eines individuellen Behandlungsplanes bitte ich Sie freiwillig, die zutreffende Antwort anzukreuzen und gegebenenfalls die Frage zu ergänzen.

Ist der Patient zur Zeit in ärztlicher Behandlung? Ja wegen: _____ ja nein

Werden Medikamente eingenommen werden? Ja folgende: _____ ja nein

Bestehen oder bestanden schwerwiegende Erkrankungen wie z. B.:
Asthma, Tuberkulose, Hepatitis, Diabetes, Rachitis, Epilepsie, Herzfehler, -operationen, HIV, Blutgerinnungsstörungen? (**bitte ggf. unterstreichen**)

Liegen sonstige Erkrankungen oder Behinderungen vor? ja nein

Ja folgende: _____

Lagen bisher Mund- oder Kieferoperationen bzw. Unfälle im Kopfbereich vor? ja nein

Liegt eine Allergie vor? Ja gegen: _____ ja nein

Bestehen häufig Erkältungskrankheiten (Schnupfen, Angina, Bronchitis usw.)? ja nein

Besteht Mundatmung (auch Schlafen mit offenen Mund)? ja nein

Wurden Mandeln/Polypen entfernt? Wenn ja, wann? _____ ja nein

Wurden bereits Unterlagen für eine kieferorthopädische Untersuchung angefertigt? ja nein

Wurde bei den Eltern eine kieferorthopädische Behandlung durchgeführt? ja nein

Wie viele Geschwister hat die Patientin/der Patient? _____

Wie viele davon wurden bereits kieferorthopädisch behandelt? _____

Bestehen Beschwerden/Knacken am Kiefergelenk? ja nein

Besteht Zähneknirschen, Lippenbeißen oder Zungenbeißen? (**bitte ggf. unterstreichen**) ja nein

Bestehen Sprachstörungen? ja nein

Wird ein Blasinstrument gespielt? Ja folgendes: _____ ja nein

Wie lange liegt der letzte Zahnarztbesuch zurück? _____

Gibt es bereits aktuelle Röntgenaufnahmen vom Kopfbereich (jünger als zwei Jahre) ja nein

Wenn ja, wo? _____

Bei Patientinnen: Besteht die Möglichkeit einer Schwangerschaft ja nein

Über den Umstand, dass in einem Behandlungsraum an mehr als an einer Behandlungseinheit behandelt wird, bin ich informiert und stimme diesem zu.

Es werden nach den Vorgaben der DSGVO Daten erhoben und gespeichert. (vergl. Hinweis auf der Homepage). Auch können Ihre personenbezogenen Daten zu Zwecken der Qualitätssicherung herangezogen werden.

Weitere Informationen zur Datenverarbeitung unter: <https://www.g-ba.de/beschluesse/4036/>.

Weiterhin erkläre ich mein Einverständnis, dass bei Bedarf mit dem behandelnden (Zahn-) Arzt Kontakt aufgenommen werden kann, um gegebenenfalls die Behandlung im wohl verstandenen Interesse des Patienten abstimmen zu können.

Folgende Informationen sind für die Behandlung noch wichtig:

Einverständniserklärung

Ich möchte den Recall-Service (auch in offener Form per Postkarte) in Anspruch nehmen. ja nein
Bitte erinnern Sie mich in regelmäßigen Abständen schriftlich, telefonisch oder per E-Mail (Angaben siehe oben) an einen Nachsorge-Termin zur Untersuchung und/oder zur Behandlung. Die Teilnahme am Recall kann ich jederzeit widerrufen.

Datum

Unterschrift des gesetzlichen Vertreters / Zahlungspflichtigen