



Sehr verehrte Patientin, geehrter Patient,

bevor wir uns in Ruhe über Ihre kieferorthopädischen Probleme und Wünsche unterhalten, bitten wir Sie um einige Auskünfte, die Einfluss auf die Behandlung haben können. Alle Angaben unterliegen den Bestimmungen des Datenschutzes. (DSGVO-Information gemäß Artikel 13 in der Praxis einsehbar)

BE/Pat.-Nr: _____

Name: _____ Vorname: _____ geb.: _____

Straße: _____ Anzahl Geschwister: _____

Wohnort: _____ Telefon: _____ Email: _____

Name des Vaters: _____ geb.: _____

Name der Mutter: _____ geb.: _____

Versichert bei: Vater Mutter Selbst

Bei getrennt lebenden Eltern, Adresse Versicherter: _____

Beruf/Arbeitgeber: _____

Krankenkasse/Versicherung/Beihilfe: _____

Behandelnder Zahnarzt: _____

Empfohlen durch: _____

Falls bereits eine kieferorthopädische Behandlung durchgeführt wurde: von _____ bis _____

Name und Anschrift des Behandlers: _____

Hat eine kieferorthopädische Behandlung bei Geschwistern Vater Mutter stattgefunden?Sind von dem Patienten innerhalb der letzten 12 Monate Zahn- bzw. Kieferaufnahmen gemacht worden? nein ja

Wenn ja bei welchem Zahnarzt? _____

Sind Kiefergelenksbeschwerden bekannt? nein jaBestehen Allgemeinerkrankungen? nein, ja: Herzleiden Rheuma Asthma Epilepsie Blutgerinnungsstörungen sonstige: _____Nimmt der Patient regelmäßig Medikamente? nein ja, welche? _____Bestehen Allergien?: nein, ja gegen: Nickel Latex/Gummi sonstige: _____Bestehen beim Patienten Infektionskrankheiten (Hepatitis, HIV, Tuberkulose): nein jaWurde beim Patienten eine logopädische Behandlung durchgeführt? nein jaUnfälle im Kopf/Gesichtsbereich: nein ja, welche? _____

Abrechnungsrelevante Patienten-Daten dürfen an eine Abrechnungsstelle weitergegeben werden. Röntgenaufnahmen dürfen an behandelnde Ärzte weitergeleitet und von diesen angefordert werden. Als Behandlungsauftrag gilt das Einverständnis zur Anfertigung der Unterlagen (Abdrücke, Röntgen etc.). Dies gilt auch für Zwischenuntersuchungen während der Behandlung. Die Behandlung findet aus pädagogischen Gründen in einem gemeinsamen Raum statt.

Datum

Unterschrift des Patienten, bzw. Erziehungsberechtigten