

Liebe Patientin, lieber Patient,

vielen Dank, dass Sie zur Behandlung in unsere Praxis kommen. Diese wird nach dem Bestellsystem geführt. Das bedeutet für Sie in der Regel nur geringe Wartezeiten. Medizinisch notwendige, nicht vorhersehbare Behandlungsmaßnahmen können jedoch dazu führen, dass Termine nicht in jedem Fall exakt eingehalten werden. Dafür bitten wir um Ihr Verständnis. Wenn Sie einen mit uns vereinbarten Termin nicht einhalten können, so sagen Sie diesen bitte möglichst frühzeitig ab, d.h. spätestens 24 Stunden vorher, ansonsten müssen wir Ihnen die entstandenen Kosten in Rechnung stellen (mindestens 50 €). Kommen Sie aufgrund von unvorhersehbaren Notfällen (z.B. akute Schmerzen) in unsere Praxis, müssen Sie mit Wartezeit rechnen.

Als gesetzlich krankenversicherte/-r Patient/-in müssen Sie uns bitte unbedingt die Krankenversichertenkarte spätestens 10 Tage nach Behandlungsbeginn vorlegen, da Ihnen ansonsten Kosten für die Behandlung privat in Rechnung gestellt werden müssen. Als gesetzlich versicherte/-r Patient/-in haben Sie die Wahlmöglichkeit zwischen der kassenzahnärztlichen Behandlung über die Krankenversichertenkarte oder der Behandlung auf Privatrechnung gemäß § 13 SGB V (Kostenerstattung).

Persönliches

Name, Vorname	Geburtsdatum	Geburtsort
Straße	PLZ, Ort	
Telefon Festnetz	Telefon Mobil	
E-Mail		

Versicherung

Wie sind Sie versichert?	Gesetzlich versichert	<input type="checkbox"/>	Privat versichert	<input type="checkbox"/>
	Zusatzversicherung	<input type="checkbox"/>	Beihilfeberechtigt	<input type="checkbox"/>

Sind Patient und Mitglied der Versicherung nicht identisch, ergänzen Sie bitte die Daten des Versicherungsnehmers:

Name, Vorname	Geburtsdatum
Straße	PLZ, Ort

Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?

Persönliche Empfehlung	<input type="checkbox"/>	Im Vorbeigehen	<input type="checkbox"/>	Überweisender Arzt	<input type="checkbox"/>
Internet	<input type="checkbox"/>	Sonstiges:			

Service

Wir bieten Ihnen die Möglichkeit sich von uns an Ihren Termin oder an die alljährliche Kontrolle (Recall) erinnern zu lassen.

Wählen Sie:	Terminerinnerung	<input type="checkbox"/>	Recall	<input type="checkbox"/>
	Per SMS	<input type="checkbox"/>	E-Mail	<input type="checkbox"/>

Anamnese

Ja Nein

Was ist der Grund Ihres Besuches in unserer Praxis? (Was stört ggf. an der Zahnstellung/Kiefersituation?)

Wurde bereits eine Kieferorthopädische Beratung/Behandlung durchgeführt?

--	--

Wenn ja, bei welchem Zahnarzt/Kieferorthopäden?

_____ in _____ von _____ bis _____

Wurde diese Behandlung zu Ende geführt?

--	--

Wenn nein, bitte Grund angeben: _____

Was erwarten Sie von einer künftigen kieferorthopädischen Behandlung? _____

Wird zurzeit eine ärztliche Behandlung durchgeführt?

--	--

Wenn ja, welche? _____

Leiden oder litten Sie an einer der folgenden Krankheiten?

- Herz- oder Kreislaufleiden Rachitis Rheuma
- Schilddrüsenerkrankungen Diabetes Erkrankung des blutbildenden Systems
- Infektionskrankheiten (z.B. Hepatitis, HIV) Epilepsie

Bitte informieren Sie uns auch über hier nicht aufgeführten Erkrankungen:

Haben Sie innerhalb der letzten 6 Monate Medikamente eingenommen?

Nehmen Sie dauerhaft Medikamente?

--	--

Wenn ja, welche? _____

Ist bei Ihnen eine Allergie bekannt oder besteht der Verdacht?

--	--

Wenn ja, wogegen? _____ Besitzen Sie einen Allergiepass?

Haben Sie Probleme mit der Nasenatmung?

--	--

Wenn ja:

- Aufgrund von Asthma häufige Erkältungen
- Allergisches Asthma Schnarchen

Andere Ursachen: _____

Wurden Hals-,Nasen-, Ohrenärztliche Operationen durchgeführt? Wenn ja:

--	--

- Gaumenmandeln Rachenmandeln (Polypen)
- Allergisches Asthma Schnarchen

Andere: _____

Nur bei Patientinnen: Besteht eine Schwangerschaft? Ja Nein Unsicher

Wird zurzeit eine zahnärztliche Behandlung durchgeführt?

--	--

Wenn ja, weswegen? _____

Welche Prophylaxe Maßnahmen (z.B. Putztraining, Anfärben, Fluoridieren, Professionelle Zahnreinigung) werden regelmäßig beim Hausarzt durchgeführt? _____

Wird in regelmäßigen Abständen eine professionelle Zahnreinigung durchgeführt?

--	--

Gab es Auffälligkeiten beim Zahndurchbruch und der Gebissentwicklung?

Sind bereits bleibende Zähne gezogen wurden?

--	--

Leiden oder litten Sie unter Sprachstörungen?

--	--

Wurde eine logopädische Behandlung (Sprachtherapie) durchgeführt?

--	--

Gab es bereits Beschwerden/Behandlungen im Bereich des Kiefergelenks?

--	--

--	--

Wurden Sie innerhalb der letzten 12. Monate im Kopf-Hals-Bereich geröntgt?

--	--

Wenn ja, welche Art von Aufnahme und wann? _____

Betreiben Sie eine Sportart? _____

Spielen Sie ein Blasinstrument?

--	--

Sonstige Bemerkungen:

Vielen Dank für Ihre Mithilfe! Bitte teilen Sie uns Änderungen der obigen Angaben mit!

Scheeßel, den _____

Unterschrift der Patientin/ des Patienten

Unterschrift des Erziehungsberechtigten