



Herzlich willkommen in unserer kieferorthopädischen Praxis. Im Interesse einer komplikationslosen Behandlung bitten wir Sie, die folgenden Fragen möglichst genau und vollständig zu beantworten. Bei Fragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht!

Patientenangaben:

Vor- und Nachname des **Patienten** _____ Geburtsdatum _____

Vor- und Nachname des **Hauptversicherten** _____ Geburtsdatum _____

Straße/Hausnr. _____ PLZ/Ort _____

Abweichende Rechnungsadresse _____

Telefon (privat/tagsüber) _____ Telefon (mobil) _____

E-Mail-Adresse (wenn vorhanden) _____

Krankenkasse/Versicherung _____

Besteht eine Zusatzversicherung für kieferorthopädische Leistungen? o Ja o Nein

Bei Privatpatienten:

Besteht eine Berechtigung auf Beihilfe? o Ja o Nein

Besteht NUR ein Basistarif? o Ja o Nein

Ärztlicher Fragebogen

Überwiesen / Empfohlen von _____

Zahnarzt _____ **Wann war der letzte Zahnarztbesuch?** _____

Wurden in der letzten Zeit Röntgenbilder gemacht? (12 Monate) o Ja o Nein

Wurde bereits eine kieferorthopädische Beratung/Behandlung durchgeführt? o Ja o Nein

Wann/Wo? _____

Bestehen/Bestanden Zahnfehlstellungen bei nahen Verwandten? o Ja o Nein

Gab es einen Unfall bei dem die Zähne/der Kiefer verletzt wurde? (auch bei Milchzähnen) o Ja o Nein

Wird/Wurde länger als 4 Jahre ein Schnuller benutzt? o Ja o Nein

Wird/Wurde Daumengelutscht? o Ja o Nein

Wird/Wurde an den Fingernägeln gekaut? o Ja o Nein

Wird/Wurde eine Brille getragen? Seit wann und weshalb _____ o Ja o Nein

Bestehen häufig Schmerzen in folgenden Bereichen? Wenn Ja, wo? o Kopf o Nacken o Ohren o Kiefer o Nein

Liegt eine erschwerte Nasenatmung vor? o Ja o Nein

Wurden die Mandeln Polypen bereits entfernt? Wann? _____ o Ja o Nein

Wird mit den Zähnen geknirscht gepresst? o Ja o Nein

Liegen orthopädische Befunde vor? (Senkfuß, Plattfuß, Skoliose, etc.) o Ja o Nein

Wenn Ja, welche? _____

Wurde bereits eine Physiotherapie/Logopädie/Osteopathie durchgeführt? o Ja o Nein

Wenn Ja, welche? _____

Werden Medikamente eingenommen? o Ja o Nein

Wenn Ja, welche? _____

Rauchen Sie? Ja Nein

Besteht eine Schwangerschaft? Ja Nein

Liegt eine der folgenden Erkrankungen vor?

- Diabetes Herz – Kreislauf-Störungen Asthma Blutgerinnungsstörung Creutzfeldt-Jakob/Varianten
 Rheuma Epilepsie HIV / Aids Tuberkulose Hepatitis A/B/C

Sonstige Erkrankungen/Allergien: _____

Allgemeine Informationen zur Praxis und Terminvereinbarung

- Termine gibt es nur nach Vereinbarung, um lange Wartezeiten zu vermeiden.
- Bei Schmerzen oder Problemen bitten wir um eine kurze telefonische Anmeldung.
- Bringen Sie bitte Ihre Versichertenkarte zu jedem Termin mit.
- Bei Änderungen Ihrer Daten oder des gesundheitlichen Zustandes, bitten wir Sie uns diese selbstständig mitzuteilen.
- Sollte ein vereinbarter Termin nicht wahrgenommen werden können, bitten wir Sie den Termin frühzeitig abzusagen und sofort einen Ersatztermin zu vereinbaren.
- Bitte haben Sie Verständnis, dass es aus organisatorischen Gründen vorkommen kann, dass Patienten die nach Ihnen gekommen sind früher aufgerufen werden.
- Bitte planen Sie für unsere Termine immer genügend Zeit ein, da es aus unterschiedlichen Gründen dazu kommen kann, dass sich eine Behandlung verzögert.
- Wir erlauben uns für unentschuldig versäumte Termine evtl. eine Ausfallgebühr für den Termin zu berechnen.
- Wir weisen Sie darauf hin, dass Ihre Versicherung bzw. Beihilfe je nach Ihrem Vertrag eventuell nicht den vollen Betrag erstatten. In diesem Fall tragen Sie den Differenzbetrag!

Einverständniserklärung zur Erhebung/Übermittlung von Patientendaten

gem. Art. 6 – EU -DSGVO

Alle angegebenen Daten werden in unserer Praxis elektronisch gespeichert und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Ich erkläre mich hiermit einverstanden, dass meine personenbezogenen Daten **verarbeitet, gespeichert** und wenn notwendig an **Dritte** (weiterbehandelnde Ärzte, Physiotherapeuten, Logopäden, Praxisverwaltungssysteme, Labore, EDV – Dienstleister, KZVB, etc.) **weitergeleitet** werden dürfen.

Außerdem bestätige ich hiermit, die allgemeinen Informationen zur Kenntnis genommen zu haben und alle Fragen wahrheitsgemäß und nach bestem Wissen beantwortet zu haben.

Ort, Datum (erster Besuch)

Unterschrift Patient (ab dem 18.LJ oder gesetzl. Vertreter)