

Anmeldung zur kieferorthopädischen Beratung

Patient

Name:
Vorname:
Straße:
PLZ Ort:
geb.:

Versicherungsnehmer bzw. Rechnungsempfänger:

Kasse:
Name:
Vorname :
Straße:
PLZ Ort:
Arbeitgeber:
Tel. privat:
Tel. arbeit:

- Pflichtversichert:
 Privat
 Freiwillig versichert
 Beihilfe

Behandelnder Zahnarzt:

Hausarzt:

Leidet oder litt der Patient an einer der folgenden Krankheiten?

- | | |
|----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> Herzfehler |
| <input type="checkbox"/> Anfallsleiden (Epilepsie) | <input type="checkbox"/> Bei weiblichen Patienten: Sind Sie schwanger? |
| <input type="checkbox"/> Neurodermitis | <input type="checkbox"/> Bei Mädchen: Besteht die Regelblutung? |
| <input type="checkbox"/> Gelbsucht | <input type="checkbox"/> Zuckerkrankheit |
| <input type="checkbox"/> AIDS | <input type="checkbox"/> Medikamenteneinnahme |
| | |
| Sonstige Erkrankungen: | <input type="checkbox"/> Allergie |
| | wenn ja, gegen |

Liebe Patienten,

bitte nehmen Sie sich etwas Zeit, um diesen Bogen auszufüllen.

Sie ersparen sich und uns unnötige Nachfragen.

Sollte Ihnen eine Frage unklar sein, werden unsere Mitarbeiterinnen Ihnen gerne weiterhelfen.

- Hat der Patient selbst schon einmal eine Spange getragen? ja , Wann?
- Name und Adresse des Vorbehandlers:
- Wurde ein anderes Familienmitglied wegen einer ähnlichen Zahn- bzw. Kieferstellung kieferorthopädisch behandelt? ja Wer?
- Atmet der Patient durch ... den Mund oder die Nase
- Schläft der Patient mit offenem Mund? ja nein
- Hat der Patient Daumen, Finger oder Schnuller gelutscht? ja Wie lange am Tag? h
- Beißt sich der Patient auf die Lippen, Wangen oder Zunge oder kaut er an den Fingernägeln, Bleistift, Bettzipfel o.ä.? ja
- Knirscht der Patient am Tag oder in der Nacht mit den Zähnen? ja
- Hat der Patient Schmerzen beim Kauen oder knackt das Kiefergelenk? ja
- Zeigt der Patient Besonderheiten beim Sprechen (z.B. Lispeln)? ja
- Wurde er deswegen logopädisch behandelt? ja
- Wurden Röntgenaufnahmen der Zähne oder des Kiefers gemacht? ja Wann?
- Hat sich der Patient einmal einen Zahn an- oder ausgeschlagen? ja Wann?
- Sind die Mandeln oder Polypen entfernt worden? ja Wann?

• Im Falle der Beschäftigung eines Vertreters oder einer Praxis-Übergabe bin ich damit einverstanden, dass die Karteikarte mit den persönlichen Daten an den Nachfolger bzw. Praxisvertreter übergeben wird.

• Ich bin mit einer Weitergabe der Röntgenbilder - auch auf elektronischem Weg – an mitbeteiligte zahnärztliche oder ärztliche Kollegen einverstanden.

• Arbeitsschritte die eine Assistenz erfordern, werden teilweise in Räumen mit mehreren Behandlungsplätzen durchgeführt.

Overath, den _____

(Patient bzw. gesetzlicher Vertreter)