

Patientenbogen Erwachsene

Herzlich willkommen in der Fachpraxis für Kieferorthopädie in Emsdetten! Wir möchten uns mit Ihnen in Ruhe über Ihre kieferorthopädischen Wünsche unterhalten und Sie umfassend beraten. Dazu benötigen wir neben Ihren Personalien, Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Ihre Angaben werden streng vertraulich behandelt. Sie unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht gemäß §203 des StGB, sowie den strengen Bestimmungen des Datenschutzes.

1. Patient: Name: _____ Vorname: _____

Geb. Datum: _____ Straße, Nr.: _____

Tel. Nr.: _____ PLZ / Ort: _____

Mobil: _____ Krankenkasse: _____

2. Hauptversicherer: Name: _____ Vorname: _____

Geb. Datum: _____ Straße, Nr.: _____

Mobil: _____ PLZ / Ort: _____

E-Mail: _____ Beruf/Arbeitgeber: _____

3. Rechnungsempfänger Patient Hauptversicherer

4. Hauszahnarzt: _____ **Hausarzt:** _____

5. Versicherung Krankenkasse: _____ Beihilfe privat: _____

6. Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

Empfehlung: Bekannte/Verwandte _____ Google _____

Zahnarzt/Arzt _____ Arzt- oder Gesundheitsportale, welche?

informiert auf www.kfo-emsdetten.de _____

Sonstiges _____

Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten per EDV in einem Rechenzentrum gespeichert werden und ggf. an eine Abrechnungsgesellschaft weitergeleitet werden. Im Falle einer Praxis-Übergabe oder im Falle der Beschäftigung eines Vertreters bin ich damit einverstanden, dass meine persönlichen Daten, soweit sie für die Abrechnung der von mir in Anspruch genommenen Leistungen von Bedeutung sind, von dem mich behandelnden Arzt/Krankenhaus im Falle des Zahlungsverzugs zum Zweck des Forderungseinzugs an einen Dritten (Inkassounternehmen) weitergegeben werden.

Datum: _____

Unterschrift _____

Allgemeine Gesundheitsangaben

- Bestehen allgemeinmedizinische **Erkrankungen** (z.B. Syndrome, Herz, Leber, Niere, Blutgerinnungsstörungen, Asthma, Epilepsie, Zuckerkrankheit, Rheuma, Orthopädische Erkrankungen) oder Infektionskrankheiten (Hepatitis, Aids)? ja nein
Wenn ja, welche? _____
- Sind Sie zurzeit in **ärztlicher Behandlung**? ja nein
Bei wem, warum? _____
- Nehmen Sie regelmäßig **Medikamente** ein? ja nein
Welche, wozu? _____
- Bestehen **Allergien** oder **Unverträglichkeiten**? ja nein
Welche? _____
- Waren oder sind Sie in **psychotherapeutischer Behandlung**? ja nein

Fragen aus kieferorthopädischen Gründen

- Wurden Sie schon einmal **kieferorthopädisch** behandelt? ja nein
Wann, bei welchem Arzt? _____
- Liegen ähnliche **Fehlstellungen** in der **Familie** vor? ja nein
Welche und bei wem? _____
- Hat Ihr Arzt/Zahnarzt Sie zum Kieferorthopäden **überwiesen**? ja nein
Welcher Arzt, warum? _____
- Sind Sie momentan in **zahnärztlicher Behandlung**? ja nein
Bei wem, warum? _____
- **Was stört Sie** am meisten an Ihrer Zahn- und Kieferstellung?

- Gab es **Unfälle** mit Beteiligung der Zähne und/oder des Kiefers? ja nein
Wann, welche? _____
- Bestehen **Kiefergelenksbeschwerden** oder **-knacken**? ja nein
- Bestehen häufig **Kopfschmerzen**, **Schmerzen** im Gesichtsbereich oder beim Kauen? ja nein
Welche? _____
- Besteht oder bestand **Zähneknirschen** oder **Zähnepressen**? ja nein
Bis wann? _____
- Besteht **Mundatmung**, häufige **Erkältung** oder **Schnarchen**? ja nein
Was? _____
- Waren Sie bereits in Behandlung eines **Hals-Nasen-Ohrenarztes** oder **Schlafmediziner**? ja nein
Wo, wann, was wurde gemacht? _____

Fragen zur Röntgenuntersuchung

- Wurden Sie innerhalb der letzten **12 Monate im Kopf-/Kieferbereich** geröntgt? ja nein
- Bei Frauen: Besteht derzeit eine **Schwangerschaft**? ja nein
Wenn ja, welcher Monat? _____

Röntgeneinverständniserklärung

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass im Rahmen der kieferorthopädischen Behandlung notwendige Röntgenunterlagen angefertigt werden.

Datum: _____

Unterschrift _____