

HERZLICH WILLKOMMEN IN UNSERER PRAXIS FÜR ZAHNMEDIZIN UND KIEFERORTHOPÄDIE!

Für eine individuelle, auf Ihre Gesundheit abgestimmte Behandlung und Beratung benötigen wir einige persönliche Angaben von Ihnen. Ihre Angaben werden streng vertraulich behandelt und ggf. elektronisch gespeichert. Sie unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht nach §203 StGB und den strengen Bestimmungen des Datenschutzes.

Patient(in) Geb.

Versicherte(r) Geb.

Adresse

Krankenkasse Beruf

E-Mail Telefon

WIE SIND SIE KRANKENVERSICHERT?

- Gesetzliche Krankenkasse Private Krankenkasse
 Zusatzversicherung Beihilfeberechtigt Freiwillig versichert

WAS STÖRT SIE AN DER JETZIGEN STELLUNG DER KIEFER UND ZÄHNE?

BESTEHEN BEI ANDEREN FAMILIENMITGLIEDERN FEHLSTELLUNGEN IM BEREICH DES GEBISSES?

Wenn ja, bei wem und welche? Ja Nein

BESTEHT EINE ALLGEMEIN-MEDIZINISCHE ERKRANKUNG?

Wenn ja, welche? Ja Nein

BESTEHT EINE ALLERGIE?

Wenn ja, welche? Ja Nein

BESTEHT EINE INFEKTIONSERKRANKUNG?

- HIV Gelbsucht/Hepatitis Tuberculose Keine

WERDEN MEDIKAMENTE EINGENOMMEN?

Wenn ja, welche? Ja Nein

WURDE IN DER VERGANGENHEIT EINE BISPHOSPHONAT THERAPIE DURCHGEFÜHRT?

Ja Nein

LUTSCHGEWOHNHEITEN

Wird jetzt noch gelutscht?

Ja Nein

Wurde früher gelutscht?

Ja Nein

Wenn ja, bis zu welchem Lebensalter und woran?

ATMUNG

Wird der Mund häufig offen gehalten?

Ja Nein

Wird nachts geschnarcht?

Ja Nein

Treten häufig Erkältungen oder Halsentzündungen auf?

Ja Nein

Wurde bisher eine Behandlung bei einem Hals-Nasen-Ohren-Arzt durchgeführt?

Ja Nein

Wenn ja, wann und welche?

ERFOLGTE EINE BEHANDLUNG BEI EINEM PHONIATER ODER LOGOPÄDEN?

Ja Nein

Wenn ja, bei welchem Behandler und wie lange?

FUNKTION DES KAUSYSTEMS

Gibt es Probleme beim Abbeißen und Kauen?

Ja Nein

Treten Schmerzen beim Kauen auf?

Ja Nein

Tritt ein Knacken im Bereich der Kiefergelenke auf?

Ja Nein

GAB ES EINEN UNFALL MIT VERLETZUNGEN IM KIEFER- UND ZAHNBEREICH?

Ja Nein

Wenn ja, welche?

WER IST IHR ZAHNARZT / IHRE ZAHNÄRZTIN?

HAT ANDERNORTS BEREITS EINE KIEFERORTHOPÄDISCHE BERATUNG ODER BEHANDLUNG STATTGEFUNDEN? Wenn ja, durch wen und wann?

Ja Nein

WIE SIND SIE AUF UNSERE PRAXIS AUFMERKSAM GEWORDEN?

Empfehlung Zeitung Internet Überweisung durch _____

Da wir eine Bestellpraxis mit Terminvergabe sind, weisen wir darauf hin, dass für nicht eingehaltene oder 24 Stunden vorher abgesagte Termine entstandene Kosten in Rechnung gestellt werden können. Dies gilt nicht bei nachweislich schuldlos unterbliebener Absage.

Ort, Datum

Patient(in)/Gesetzliche(r) Vertreter(in)