

Herzlich Willkommen zur kieferorthopädischen Beratung der Praxisklinik Wiehre

Die Auskünfte über den allgemeinen Gesundheitszustand des Patienten sind wichtig für eine adäquate und risikofreie Behandlung. Sie unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht, alle übrigen Angaben dem Datenschutz.

Familienname und Vorname des Patienten		Geburtsdatum des Patienten	
PLZ & Wohnort		Straße & Hausnummer	
Familienname und Vorname des Versicherten		Geburtsdatum des Versicherten	
PLZ & Wohnort		Straße & Hausnummer	
Krankenkasse des Patienten			
Erreichbarkeit: Tel. : _____ email: _____			
Name und Ort des Patienten-Zahnarztes:		Name und Ort des Patienten-Hausarztes:	
Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?			
Geschwister die bereits in KFO-Behandlung sind:			
Erkrankungen / Medikamenteneinnahme der Mutter während der Schwangerschaft:			
Derzeitige oder frühere Behandlung des Patienten beim HNO-Arzt / Logopäden:			
Name HNO-Arzt:		Name Logopäde:	
Krankheiten des Patienten (<i>derzeit bestehende oder chronische Krankheiten</i>)			
<input type="checkbox"/> Hepatitis <input type="checkbox"/> Aids (HIV-Infektion) <input type="checkbox"/> andere Infektionskrankheiten: _____ <input type="checkbox"/> Epilepsie <input type="checkbox"/> Herzleiden <input type="checkbox"/> Blutungsneigung <input type="checkbox"/> Medikamenteneinnahme _____ <input type="checkbox"/> Rachitis <input type="checkbox"/> häufige Erkältungen <input type="checkbox"/> Asthma <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Kiefergelenk (Knacken, Schmerzen) <input type="checkbox"/> Allergien gegen (z.B. Metall, Latex): _____ <input type="checkbox"/> Sonstiges (z.B. Unfall im Kopfbereich, Sprachfehler): _____			
Erfolgte bereits eine kieferorthopädische Beratung?		ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Wurden die Mandeln oder Polypen entfernt? Wenn ja, wann?		ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Besteht eine Mundatmung oder Schnarchen?		ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Bis zu welchem Alter wurde ein Schnuller benutzt?		bis zum _____ Lebensjahr	
Fehlfunktion im Lippen- und Zungenbereich (z.B. Lippensaugen, Nägelkaugen)		ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Hat der Patient jemals am Daumen oder Finger oder anderem gelutscht?		ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Hat jemand in der Familie eine ähnliche Zahn- oder Kiefer(fehl)stellung?		ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Besteht eine Schwangerschaft?		ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Wann erfolgte die letzte Röntgenaufnahme im Kopfbereich? _____			
Hobbies des Patienten: <input type="checkbox"/> Musikinstrumente:		<input type="checkbox"/> Sportarten:	
Wir schätzen saubere Zähne sehr.....			
Zahnpflege vor der Behandlung ist in unserem Zahnputzbereich jederzeit möglich. Der Umwelt zuliebe bringe hierzu am besten Deine eigene Zahnbürste mit! Danke!			
Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Korrektheit der Angaben und versichere, dass ich Änderungen mitteile. Für notwendige diagnostische und therapeutische Maßnahmen erteile ich mein Einverständnis. Patientenbezogene Unterlagen und Daten dürfen im Rahmen der Beratung / Behandlung an beteiligte Fachdisziplinen weiter gegeben werden. Die 'Informationen zur Erhebung personenbezogener Daten' sind in der Praxis einsehbar. Als Privatversicherter / Beihilfempfänger bekomme ich eine Rechnung nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) / Zahnärzte (GOZ), die ich unabhängig von einer Erstattung durch die Kostenträger in voller Höhe begleichen werde. Dasselbe gilt für gesetzlich versicherte Patienten ohne gültigen Krankenversicherungsnachweis.			

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift, bei Kindern: Erziehungsberechtigter