

Anmeldung zur kieferorthopädischen Beratung

Versicherungsnehmer bzw. Rechnungsempfänger:

.....
 Name Vorname

 Straße, Hausnummer

 PLZ, Ort

 Geb.

Name:
 Vorname : geb.:
 Straße:
 PLZ: Ort:
 Arbeitgeber:
 Tel. priv.: Mobil.:
 Pflichtversichert: Freiwillig versichert
 Privat: Beihilfe

Behandelnder Zahnarzt: in
 (Zahnzentren bitte mit angeben)

Hausarzt:

Leidet oder litt der Patient an einer der folgenden Krankheiten?

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	<input type="checkbox"/>
Sonstige Erkrankungen:	<input type="checkbox"/>	Allergie	<input type="checkbox"/>
.....		wenn ja, gegen	

Liebe Patienten,

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

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 einer Praxis-Übergabe oder im Falle der Beschäftigung eines Vertreters 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.
- Ich stimme der Speicherung personenbezogener Daten meines Kindes durch die Praxis zu. Mit den Datenschutzbestimmungen (liegen in der Praxis aus) bin ich einverstanden. Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich widerrufen kann, sofern kein höheres Recht dagegen spricht (Art. 7 Abs. 3 DSGVO).

Ort, Datum

(Patient bzw. gesetzlicher Vertreter)