

Görlitz, _____
Datum

Herzlich willkommen in unserer Praxis!

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

bevor wir uns in Ruhe über Ihre kieferorthopädischen Wünsche oder Sorgen unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine adäquate und risikofreie Behandlung. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Ihre Krankenversichertenkarte benötigen wir bei jedem Besuch in der Praxis. Liegt sie uns auch 14 Tage nach der Behandlung nicht vor, so betrachten wir Sie als Privatpatient und Sie erhalten eine Rechnung nach der privaten Gebührenordnung (GOZ).

Wir sind immer bemüht, Ihnen lange Wartezeiten zu ersparen. Deshalb bitten wir Sie, falls Sie verhindert sind, vereinbarte Termine mindestens 24 Stunden vorher abzusagen.

Haben Sie Fragen oder gibt es Unklarheiten beim Ausfüllen der unteren Daten, helfen wir Ihnen gern weiter.

Ihr Praxisteam Monika Zagrobelny

PERSONALIEN

Nachname des Patienten		Nachname des Versicherten	
Vorname des Patienten	Geburtsdatum	Vorname des Versicherten	Geburtsdatum
Straße, Hausnummer		E-Mail	
PLZ, Ort		Krankenkasse	
Telefon			
Hauszahnarzt		Arbeitgeber / Beruf	
Überweisender Zahnarzt			

Nachname des Patienten	

FRAGEN ZU IHREM PRAXISBESUCH:

Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?

Empfehlung von _____ Internet Sonstiges _____

Wurde der Patient schon kieferorthopädisch behandelt oder beraten? Ja Nein

Wünschen Sie eine kieferorthopädische Behandlung und sollen dafür die diagnostischen Unterlagen und der Behandlungsplan erstellt werden? Ja Nein

Wurden/werden Geschwister kieferorthopädisch behandelt? Ja Nein

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass im Rahmen der kieferorthopädischen Behandlung notwendige Röntgenuntersuchungen, Fotos und Abdrücke/Scanns bei meinem Kind / bei mir gemacht werden.

Versicherter bzw. gesetzlicher Vertreter

DATENSCHUTZ:

Ich willige hiermit ein, dass meine personenbezogenen Daten für folgenden Zwecken verarbeitet werden:

- 1. Übermittlung an Dentallabor** (schriftlicher Auftrag zur Erstellung von Zahnersatz, Schienen und kieferorthopädischen Geräten)
- 2. Recall-System und Praxisinformationen** (Erinnerungsservice / Termin Bestätigung oder Änderung / Information über Praxisangebote)
- 3. Befund Austausch** (Übermittlung Behandlungsdaten und Befunden bei weiteren Leistungserbringern – beispielweise Zahnarzt / Kinderarzt – per Post, E-Mail oder telefonisch)

Versicherter bzw. gesetzlicher Vertreter

Sollten Sie Folgetermine bei uns nicht wahrnehmen können, bitten wir Sie um rechtzeitige Mitteilung. Nutzen Sie bitte dabei Telefon, Anrufbeantworter, E-Mail oder Fax. Bei unentschuldigtem Fernbleiben müssen wir Ihnen, die für Sie eingeplante Zeit, laut §615 BGB, anteilig in Rechnung stellen.

Ich habe zum Kenntnis genommen.

Versicherter bzw. gesetzlicher Vertreter

Nachname und Name des Patienten	

ALLGEMEINE GESUNDHEITSFragen:

	Ja	Nein
Haben Sie bekannte Allergien?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
wenn ja, worauf?		
Besteht der Verdacht einer Allergie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
wenn ja, worauf?		
Leiden oder litten Sie an einer der genannten Krankheiten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Rachitis	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Hepatitis
<input type="checkbox"/> Herzleiden	<input type="checkbox"/> Epilepsie	<input type="checkbox"/> Rheuma
Wann wurden Sie das letzte Mal geröntgt?		
Datum: (Monat/Jahr)		
Organ:		
Sind Sie schwanger?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gibt es Blutgerinnungstörung? _____		
Gibt es andere allgemeine Krankheiten? Welche? _____		

Hat der Patient Daumen gelutscht?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Lutscht der Patient jetzt noch?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Kaut der Patient an Fingernägeln?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Beißt der Patient auf Lippen oder Zunge?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Knirscht der Patient mit den Zähnen?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Hat/hatte der Patient einen Sprachfehler?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Wird/wurde der Patient deswegen logopädisch behandelt?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Wann? _____		
Werden regelmäßig Medikamente eingenommen?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Welche? _____		
Hatte der Patient Unfälle mit Zahnbeteiligung?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Hatte der Patient Operationen im Kopf- oder Halsbereich? (z. B. Mandeln-, Polypenentfernung, Lippenbändchen)	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Sind Zahn- oder Kieferfehlstellungen in der Familie bekannt?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Bei wem? _____		
Mussten bei Familienmitgliedern des Patienten wegen kieferorthopädischer Behandlung bleibende Zähne entfernt werden?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Bei wem? _____		

Wie steht Ihr Kind derzeit zu der anstehenden kieferorthopädischen Behandlung?
 Positiv Neutral Etwas ängstlich Braucht noch Motivation und Informationen

Gibt noch etwas das wir wissen sollen?

 Görlitz, 27.03.2023

 Unterschrift der Kieferorthopäde

 Versicherter bzw. gesetzlicher Vertreter

Vielen Dank für Ihre Angaben, die wir natürlich vertraulich behandeln! Bitte teilen Sie uns ebenso Änderungen der obigen Angaben mit!

