

HERZLICH WILLKOMMEN IN UNSERER PRAXIS

Wir führen Sie in unserer Patientenkartei mit nachfolgenden Angaben.
Bitte überprüfen Sie diese und teilen uns mögliche Änderungen mit.
Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Patientendaten

Name des Patienten:

geb. am:

Geburtsort:

Anschrift:

Name der Krankenkasse: **AOK Niedersachsen**

Bitte bei einer gesetzlichen Kasse angeben:

Pflichtversichert **ja [] nein []**

Freiwillig versichert **ja [] nein []**

Haben Sie eine private Zusatzversicherung **ja [] nein []**

Haben Sie die Kostenerstattung gewählt? **ja [] nein []**

Telefon:

Fax:

Mobil:

Telefon Büro:

E-Mail Adresse:

Beruf:

Versichertendaten (sofern sie von den Patientendaten abweichen)

Rechnung an Patienten oder Versicherten?

Versicherter:

geb. am:

Anschrift:

Weitere Angaben

Arbeitgeber:

Anschrift des Arbeitgebers:

Wie möchten Sie an Ihren nächsten Vorsorgetermin erinnert werden? **[] telefonisch [] schriftlich**

Termine, die ich nicht einhalten kann, werde ich spätestens 24 Stunden vorher absagen, da ansonsten die durch mein Fernbleiben entstandenen Kosten in Rechnung gestellt werden können.

HERZLICH WILLKOMMEN IN UNSERER PRAXIS

Wir führen Sie in unserer Patientenkartei mit nachfolgenden Angaben.
Bitte überprüfen Sie diese und teilen uns mögliche Änderungen mit.
Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Ärztliche Anamnese

Ist der/die Patient/in in ärztlicher Behandlung? ja [] nein []

Wenn ja, bei wem?

Werden regelmäßig Medikamente eingenommen? ja [] nein []

Wenn ja, welche?

Wurden bisher Operationen durchgeführt? ja [] nein []

Wenn ja, welche?

Bestehen schwerwiegende Erkrankungen (z.B. Asthma, Diabetes, Rheuma)? ja [] nein []

Wenn ja, welche?

Bestehen Allergien? ja [] nein []

Wenn ja, welche?

Treten häufig Kopfschmerzen auf? ja [] nein []

Röntgen

Wurde der/die Patient/in in den letzten zwölf Monaten geröntgt? ja [] nein []

Wenn ja, wo?

Besteht zur Zeit eine Schwangerschaft? ja [] nein []

Zahnärztliche Anamnese

Zahnunterzahl/Zahnüberzahl bekannt? ja [] nein []

Zahnverlust/Beschädigung durch Unfall? ja [] nein []

Durchbruch des ersten Milchzahnes?

Durchbruch des ersten bleibenden Zahnes?

War der/die Patient/in schon einmal in kieferorthopädischer Behandlung? ja [] nein []

Wenn ja, wo?

Patient:

Waren oder sind Geschwister in kieferorthopädischer Behandlung?	ja []	nein []
Hat ein Elternteil eine Zahn- bzw. Kieferfehlstellung?	ja []	nein []
Beschwerden beim Kauen?	ja []	nein []
Knirscht der/die Patient/in mit den Zähnen?	ja []	nein []
Knacken im Kiefergelenk?	ja []	nein []
Liegen Sprachstörungen wie Stottern, Lispeln oder Näseln vor?	ja []	nein []
Sind schon Zähne durch Karies verloren gegangen?	ja []	nein []
Ist das Zahnfleisch oft gerötet, entzündet oder blutig (z.B. beim Zähneputzen)?	ja []	nein []

Gewohnheiten

Schnuller?	ja []	nein []
Lutschen?	ja []	nein []
Lippenbeißen?	ja []	nein []
Nägelkauen?	ja []	nein []
Wird häufig geschnarcht oder durch den Mund geatmet?	ja []	nein []
Putzt der/die Patient/in unaufgefordert täglich die Zähne?	ja []	nein []
Spielt der/die Patient/in ein Instrument?	ja []	nein []
Wenn ja, welches?		

Betreibt der/die Patient/in eine Sportart intensiv?	ja []	nein []
Wenn ja, welche?		

Anlass für die kieferorthopädische Behandlung

Überweisung erfolgte durch:

Wo hält sich der/die Patient/in tagsüber überwiegend auf?

Ist der/die Patient/in selbst an einer Gebissregulierung interessiert?	ja []	nein []
--	--------	----------

Wir benötigen Ihre elektronische Gesundheitskarte bei jedem Besuch in der Praxis. Liegt sie uns 14 Tage nach der Behandlung nicht vor, betrachten wir Sie als Privatpatient und Sie erhalten eine Rechnung. Unsere Patienten erhalten Ihre Rechnung über eine Abrechnungsstelle (FRH). Diese Rechnung wird nach unseren Vorgaben erstellt. Alle Angaben unterliegen dem Datenschutz und der ärztlichen Schweigepflicht. Ihre Daten werden in unserer praxisinternen Datenbank gespeichert und ohne Ihre Erlaubnis an Dritte nicht weitergegeben.

Datum Unterschrift _____