

# HERZLICH WILLKOMMEN IN UNSERER PRAXIS

DR. KLUG & DR. THIEL  
PRAXIS FÜR KIEFERORTHOPÄDIE



Patient: \_\_\_\_\_  
(Nachname) (Vorname)

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Falls Schüler/in Schule: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_  
(Straße) (PLZ/Ort)

Tel. privat: \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_

Versicherter: \_\_\_\_\_  
(Nachname) (Vorname)

Geburtsdatum des Versicherten: \_\_\_\_\_

Beruf des Versicherten: \_\_\_\_\_

Anschrift des Versicherten (falls abweichend von obiger Anschrift):

Anschrift: \_\_\_\_\_  
(Straße) (PLZ/Ort)

## ANGABEN ZUR KRANKENVERSICHERUNG:

Ich bin Mitglied der folgenden gesetzlichen Krankenversicherung: \_\_\_\_\_

Ich bin bei folgender Krankenkasse privat versichert: \_\_\_\_\_

Sie sind beihilfeberechtigt?  Nein  Ja

Wer ist Ihr Zahnarzt? \_\_\_\_\_

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden? (Telefonbuch, Empfehlung o. ä.) \_\_\_\_\_

Bestehen oder bestanden folgende Krankheiten (Zutreffendes bitte ankreuzen)

- |                                   |  |   |  |
|-----------------------------------|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Asthma   | <input type="checkbox"/> Hepatitis (Leberentzündung) | <input type="checkbox"/> Wachstumsstörungen | <input type="checkbox"/> Herzkrankheiten       |
| <input type="checkbox"/> Rachitis | <input type="checkbox"/> Tuberkulose                 | <input type="checkbox"/> Epilepsie          | <input type="checkbox"/> Blutgerinnungsstörung |
| <input type="checkbox"/> Rheuma   | <input type="checkbox"/> HIV/ Aids                   | <input type="checkbox"/> Diabetes           |  |

Sonstige (ansteckende) Krankheiten / Operationen / Behinderungen / Syndrome: \_\_\_\_\_

Ständig eingenommene Medikamente: \_\_\_\_\_

Bestehen Allergien? (z.B. gegen Medikamente, Nickel, Chrom, Latex o. ä.)  Nein  Ja

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Ist ein Allergiepass vorhanden?  Nein  Ja

Bei Mädchen: Erfolgte die erste Regelblutung (Menarche) bereits?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, mit _____ Jahren
Sind Mandeln und / oder Polypen entfernt worden? Wenn ja, wann?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja _____
Kam der erste Milchzahn ungewöhnlich spät? Falls ja, wann?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja _____
Fiel der erste Milchzahn ungewöhnlich spät aus? Falls ja, wann?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja _____
Ist Ihnen etwas bekannt über fehlende, überzählige oder verlagerte Zähne?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja _____
Hat der Patient Daumen oder Finger gelutscht? Bis wann?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja _____
Hat der Patient einen Schnuller gehabt? Bis wann?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja _____
Knirscht der Patient mit den Zähnen? Tags? Nachts?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja _____
Beißt der Patient auf die Lippen?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja _____
Spielt der Patient ein Blasinstrument?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja _____
Atmet der Patient mehr durch den Mund als durch die Nase? Tags? Nachts?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja _____
Knackt oder schmerzt das Kiefergelenk?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja _____
Hatte der Patient je einen Unfall im Kopfbereich? Wenn ja, wann?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja _____
Hat der Patient einen Sprachfehler (z.B. Lispeln)?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja _____
Wurde deshalb bereits eine logopädische Behandlung durchgeführt? Wann?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja _____
Erfolgte früher bereits eine kieferorthopädische Behandlung? Wenn ja, wo?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja _____
Hat jemand in der Familie eine ähnliche Zahnstellung? Wer?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja _____
Sind/waren Geschwister des Patienten in kieferorthopädischer Behandlung?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja _____
Gibt es ein Röntgennachweisheft? Bitte abgeben, wenn hier geröntgt wird!	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja _____
Sind bei dem Patienten in den letzten Jahren Röntgenaufnahmen erstellt oder Strahlenbehandlungen durchgeführt worden?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja _____
Wenn ja, welche? _____		
Hinweis für weibliche Patientinnen: Besteht eine Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Bitte informieren Sie uns im Falle einer Schwangerschaft umgehend!		
Besondere Hobbys / Sportarten des Patienten _____		

Wir möchten Sie darauf hinweisen, dass wir nur dann kurze Wartezeiten für Sie einhalten können, wenn Sie die Termine pünktlich wahrnehmen bzw. rechtzeitig verschieben. Wir behalten uns vor, für nicht rechtzeitig abgesagte Termine eine Ausfallgebühr in Höhe von 50 € je 20 Minuten zu berechnen.

Ich verpflichte mich, alle Änderungen, die während der gesamten Behandlungszeit auftreten, umgehend mitzuteilen. Desweiteren verpflichte ich mich, die vereinbarten Termine einzuhalten bzw. mindestens 24 Stunden vorher abzusagen. Ich erkläre mich mit der elektronischen Speicherung und Bearbeitung meiner Daten sowie der Weitergabe an eine private Abrechnungsstelle (PVS) einverstanden.

\_\_\_\_\_  
[Datum]

\_\_\_\_\_  
[Unterschrift des Patienten bzw. Erziehungsberechtigten]