

Herzlich willkommen in unserer Praxis!

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 für eine adäquate und risikofreie Behandlung wichtig. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Mit Ihrer Unterschrift erklären Sie Ihr Einverständnis, bei festgestellter Behandlungsbedürftigkeit zum Zwecke der Aufstellung eines Heil- und Kostenplanes die diagnostischen Unterlagen in dieser Praxis erstellen zu lassen.

Ihr Praxisteam.

Patient

Name Vorname geb.

Hauptversicherter

Name Vorname geb.

Anschrift

Strasse Nr.

PLZ Ort

Tel. privat Tel. Geschäft Tel. mobil

Selbstständig?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

ja nein

Arbeitgeber bzw. Geschäft

Arbeitgeber / Geschäft

Strasse Nummer

PLZ Ort

E-Mail Adresse

**Krankenkasse
(gesetzlich)**

**Freiwillig
versichert ?**

--	--

ja

nein

**Krankenkasse
(privat)**

Beihilfe ?

--	--

ja

nein

Hauszahnarzt

Name

Vorname

Strasse

Nr.

PLZ

Ort

Tel.

Für Kassenpatienten

Wir benötigen die Krankenversichertenkarte bei jedem Besuch in unserer Praxis. Liegt sie uns auch 14 Tage nach Behandlung nicht vor, so haben wir Sie als Privatpatienten zu betrachten und Sie erhalten eine private Rechnung gemäß GOZ (Gebührenordnung für Zahnärzte).

Bestellpraxis

Wir sind immer bemüht, Ihnen lange Wartezeiten zu ersparen. Deshalb bitten wir Sie, vereinbarte Termine bei Verhinderung mindestens 24 Stunden vorher abzusagen. Wir sind berechtigt, nicht eingehaltene Termine auch Mitgliedern der gesetzlichen Krankenversicherung gemäß privater Gebührenordnung (GOZ) in Rechnung zu stellen.

Datum

Unterschrift

Aufnahmebogen

	JA	NEIN
Befindet sich der Patient zur Zeit in kieferorthopädischer Behandlung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wurde bereits früher eine kieferorthopädische Behandlung durchgeführt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wurde diese Behandlung zu Ende geführt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind oder waren Geschwister in kieferorthopädischer Behandlung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wurde ein Zahnputzunterricht durchgeführt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind in der Familie Nichtanlagen von Zähnen bekannt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hatte der Patient einen Unfall mit Folgen für die Zähne oder Kiefer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wird zur Zeit anderweitig eine ärztliche Behandlung durchgeführt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bestehen Allergien oder Unverträglichkeiten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Besitzt der Patient einen Allergiepass?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Werden regelmäßig Medikamente eingenommen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bestehen ansteckende Krankheiten (TBC, Aids, Hepatitis etc.)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige Krankheiten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wurden die Rachen- bzw. Gaumenmandeln entfernt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wurde in den letzten 12 Monaten im Kopf-Kiefer-Zahnbereich geröntgt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, wo?		
Besitzt der Patient einen Röntgenpass?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	JA	NEIN
Wurde Finger oder Daumen gelutscht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie lange?		
Wird häufig mit offenem Mund geschlafen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nägelkauen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spielt der Patient ein Blasinstrument?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Besteht eine Schwangerschaft?

Wenn ja, in welchem Monat?

Wir weisen Sie darauf hin, dass in unserer Praxis die zur Abrechnung und Verwaltung notwendigen Daten in unserer EDV erfasst und gespeichert werden.

Bitte teilen Sie uns sofort Änderungen der obigen Angaben mit!

Vielen Dank für Ihre Mithilfe!