

Herzlich willkommen in der Fachpraxis für Kieferorthopädie Katja Chromy & Dr. Ulrich Kritzler! Wir möchten uns mit Ihnen in Ruhe über Ihre kieferorthopädischen Wünsche unterhalten und Sie umfassend beraten. Dazu benötigen wir zu Ihrem nächsten Termin neben Ihren Personalien, Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Ihre Angaben werden streng vertraulich behandelt. Sie unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht gemäß §203 des StGB sowie den strengen Bestimmungen des Datenschutzes.

Patient

Name:	<input type="text"/>	Tel.-Nr.:	<input type="text"/>
Vorname:	<input type="text"/>	Mobil:	<input type="text"/>
Straße, Nr:	<input type="text"/>	Krankenkasse:	<input type="text"/>
PLZ/Ort:	<input type="text"/>	<small>(Name und Ort)</small>	<input type="text"/>
Geb. Datum:	<input type="text"/>		

Versicherter

Name:	<input type="text"/>	Vorname des Ehegatten:	<input type="text"/>
Vorname:	<input type="text"/>	Geb. Datum:	<input type="text"/>
Geb. Datum:	<input type="text"/>	Arbeitgeber:	<input type="text"/>
Arbeitgeber:	<input type="text"/>	Beruf:	<input type="text"/>
Beruf:	<input type="text"/>	Mobil:	<input type="text"/>
Tel. Gesch.	<input type="text"/>	E-Mail:	<input type="text"/>

Versicherungsart

<input type="checkbox"/> gesetzlich versichert	<input type="checkbox"/> Basistarif einer privaten Versicherung
<input type="checkbox"/> freiwillig versichert	<input type="checkbox"/> Zusatzversicherung für Kieferorthopädie
<input type="checkbox"/> privat voll-versichert	<input type="checkbox"/> Beihilfe

Name des Zahnarztes:	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Name des Hausarztes:	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

<input type="checkbox"/> Bekannte oder Verwandte	<input type="checkbox"/> Internet (Arzt- oder Gesundheitsportale)	<input type="checkbox"/> Internet (Praxisseite)
<input type="checkbox"/> Werbung (Marktkauf)	<input type="checkbox"/> Sonstiges:	<input type="text"/>

Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten bzw. die Daten des Patienten per EDV gespeichert werden und ggf. an eine Abrechnungsgesellschaft weitergeleitet werden. Im Falle der Praxis-Übergabe oder im Falle der Beschäftigung eines Vertreters bin ich damit einverstanden, dass die Karteikarte mit den persönlichen Daten auf den Nachfolger bzw. Praxisvertreter übergeben wird.

BITTE RÜCKSEITE BEACHTEN!

Datum:	<input type="text"/>	Unterschrift:	<input type="text"/>
--------	----------------------	---------------	----------------------

Allgemeine Gesundheitsangaben

- Bestehen allgemeinmedizinische Erkrankungen (Herz, Leber, Niere, Blutgerinnungsstörungen, Zuckerkrankheiten) oder Infektionskrankheiten (Hepatitis, Aids)?
Wenn ja, welche? _____ ja nein
- Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein?
Welche und wozu? _____ ja nein
- Bestehen Allergien oder Unverträglichkeiten?
Welche? _____ ja nein

Fragen zur Röntgenuntersuchung

- Wurde innerhalb der letzten 12 Monate im Kopf/Kieferbereich geröntgt? ja nein
- Bei Mädchen: Besteht derzeit eine Schwangerschaft? ja nein

Fragen aus kieferorthopädischen Gründen

- Wurde schon einmal kieferorthopädisch behandelt oder untersucht?
bei welchem Arzt? _____ ja nein
- Wurde die Behandlung abgebrochen? ja nein
- Bestehen Kiefergelenksbeschwerden oder-knacken? ja nein
- Bestehen häufig Kopfschmerzen, Schmerzen im Gesichtsbereich oder beim Kauen?
Welche? _____ ja nein
- Besteht oder bestand Zähneknirschen oder Zähnepressen?
Bis wann? _____ ja nein
- Gab es Unfälle mit Beteiligung der Zähne oder des Kiefers?
Wenn ja, welche? _____ ja nein
- Besteht Mundatmung oder häufige Erkältung oder Schnarchen?
Was? _____ ja nein
- War Ihr Kind bereits in Behandlung bei einem Hals-Nasen-Ohrenarzt?
wenn ja, was wurde gemacht? Mandeln wurden entfernt Polypen wurden entfernt
Sonstiges: _____ ja nein
- Bestand oder besteht Zungenpressen, Lippenbeißen, Nägelkauen, Bleistiftkauen?
Bis wann? _____ ja nein
- Waren oder sind Geschwister in kieferorthopädische Behandlung?
Bei welchem Arzt? _____ ja nein
- Liegen ähnlich Fehlstellungen in der Familie vor?
Welche und bei wem? _____ ja nein
- Gibt es Nichtanlagen von Zähnen in der Familie?
Welche und bei wem? _____ ja nein
- Wann kamen die ersten Milchzähne? Vor dem 6. - 7. Mon.: _____ nach dem 8. Mon.: _____
- Besteht ein Sprachfehler (z.B. Lispeln) oder wurde bereits eine logopädische Behandlung durchgeführt? Wenn ja, wann? _____ ja nein
- Bestand od. besteht Daumenlutschen, Nägelkauen od. wurde/wird noch ein Schnuller genommen? Wenn ja bis wann? _____ ja nein
- Ist oder war Ihr Kind in psychotherapeutischer Behandlung? ja nein