



Herzlich willkommen in der Fachpraxis für Kieferorthopädie Dr. Receveur! 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: _____ Tel. Nr.: _____
Vorname: _____ Mobil: _____
Straße, Nr. _____ Krankenkasse: _____
PLZ/Ort: _____ (Name und Ort) _____
Geb. Datum: _____

Versicherter

Name: _____ Vorname des Ehegatten: _____
Vorname: _____ Geb. Datum: _____
Geb. Datum: _____ Arbeitgeber: _____
Arbeitgeber: _____ Beruf: _____
Beruf: _____ Mobil: _____
Tel. gesch.: _____ E-Mail: _____

Versicherungsart

- gesetzlich versichert Basistarif einer privaten Versicherung
 freiwillig versichert Zusatzversicherung für Kieferorthopädie
 privat voll-versichert Beihilfe

Name des Zahnarztes: _____
Name des Hausarztes: _____

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

Empfehlung von: Bekannte / Verwandte: _____ Name Arzt / Zahnarzt: _____ Name
 Werbung (Anzeige, Tagespresse/Fachzeitschrift etc.) zus. informiert auf www.kieferorthopaedie-dr-receveur.de
Internet: Google Arzt- oder Gesundheitsportale, welche? _____
 Sonstiges: _____

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 einer 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. Ich bin damit einverstanden, dass meine persönlichen Daten, soweit sie für die Abrechnung der von mir in Anspruch genommenen Leistungen von Bedeutung sind, von dem mich behandelnden Arzt/Krankenhaus im Falle des Zahlungsverzugs zum Zweck des Forderungseinzugs an einen Dritten (Inkassounternehmen) weitergegeben werden.

Bitte wenden!



Datum _____

Unterschrift _____

Allgemeine Gesundheitsangaben

- Bestehen allgemeinmedizinische Erkrankungen (Herz, Leber, Niere, Blutgerinnungsstörungen, Asthma, Zuckerkrankheiten) oder Infektionskrankheiten (Hepatitis, Aids)?

ja nein

Wenn ja, welche? _____

- Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein?

ja nein

Welche und wozu? _____

- Bestehen Allergien oder Unverträglichkeiten?

ja nein

Welche? _____

Fragen zur Röntgenuntersuchung

- Wurde Ihr Kind innerhalb der letzten 12 Monate im Kopf- / Kieferbereich geröntgt?

ja nein

- Bei Mädchen: Besteht derzeit eine Schwangerschaft? Welcher Monat? _____

ja nein

Fragen aus kieferorthopädischen Gründen

- Wurde schon einmal kieferorthopädisch behandelt?

ja nein

Bei welchem Arzt? _____

- Wurde die Behandlung abgebrochen?

ja nein

- Bestehen Kiefergelenksbeschwerden oder -knacken?

ja nein

- Bestehen häufig Kopfschmerzen, Schmerzen im Gesichtsbereich oder beim Kauen?

ja nein

Welche? _____

- Besteht oder bestand Zähneknirschen oder Zähnepressen?

ja nein

Bis wann? _____

- Gab es Unfälle mit Beteiligung der Zähne und des Kiefers?

ja nein

Wenn ja, welche? _____

- Besteht Mundatmung oder häufige Erkältung oder Schnarchen?

ja nein

Was? _____

- War Ihr Kind bereits in Behandlung eines Hals-Nasen-Ohrenarztes? Wenn ja, was wurde gemacht?

ja nein

Mandeln wurden entfernt Polypen wurden entfernt Sonstiges:

- Bestand oder besteht Zungenpressen, Lippenbeißen, Nägelkauen, Bleistiftkauen?

ja nein

Bis wann? _____

- Waren oder sind Geschwister in kieferorthopädischer Behandlung?

ja nein

Bei welchem Arzt? _____

- Liegen ähnliche Fehlstellungen in der Familie vor?

ja nein

Welche und bei wem? _____

- Wann kamen die ersten Milchzähne? Vor dem 6. - 7. Mon.: _____ nach dem 8. Mon.: _____

ja nein

- Besteht ein Sprachfehler (z.B. Lispeln) oder wurde bereits eine logopädische Behandlung durchgeführt?

ja nein

Wenn ja, wann? _____

- Bestand oder besteht Daumenlutschen, Nägelkauen oder wurde/wird noch ein Schnuller genommen?

ja nein

Wenn ja bis wann? _____

- Ist oder war Ihr Kind in psychotherapeutischer Behandlung?

ja nein

Mundhygiene

- Wie oft putzt Ihr Kind die Zähne? _____ mal täglich

- Geht Ihr Kind zu regelmäßigen Kontrollen zum Zahnarzt?

ja nein

- Geht Ihr Kind regelmäßig zur Professionellen Zahnreinigung?

ja nein

Dem Unterzeichner ist bekannt, dass er nach vorheriger Aufklärung, für Kosten im Rahmen der Beratung oder Behandlung, die nicht von der Krankenkasse oder Beihilfe übernommen werden, selber aufkommen muss. Unsere Praxis wird nach dem Bestellsystem geführt, um Ihnen längere Wartezeiten zu ersparen. Wir reservieren Ihnen bei entsprechenden Behandlungen z.T. mehrere Stunden. Das bedeutet natürlich Leerlauf für uns, wenn Sie Ihren Termin nicht einhalten. Um Ihnen und uns Ärger zu ersparen, bitten wir darum, alle Termine pünktlich einzuhalten und im Falle einer Verhinderung rechtzeitig (spätestens 24 Stunden vor dem Termin) abzusagen. Wir weisen Sie darauf hin, dass wir Ihnen im Falle Ihres Nichterscheinens ohne rechtzeitige Absage den entstandenen Ausfall in Rechnung stellen. Bei wichtigen, dringenden Fragen können Sie uns selbstverständlich auch telefonisch erreichen.

Datum _____

Unterschrift _____