

Patientenbogen Erwachsene

Herzlich willkommen bei den Kieferorthopäden NewOrtho in Schweinfurt. Wir möchten uns mit Ihnen in Ruhe über die kieferorthopädische Behandlung unterhalten und Sie umfassend beraten. Neben Ihren Personalien benötigen wir dazu zu Ihrem nächsten Termin 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: _____ Geb.-Datum: _____
 Vorname: _____ Tel. Nr.: _____
 Straße, Nr. _____ Mobil: _____
 PLZ/Ort: _____ E-Mail: _____
 Krankenkasse: _____

Versicherter (falls abweichend)

Name: _____ Mobil: _____
 Vorname: _____ Arbeitgeber: _____
 Geb.-Datum: _____ Beruf: _____
 E-Mail: _____ Tel. (gesch.): _____

Versicherungsart

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

Name des Zahnarztes: _____
 Name des Hausarztes: _____

Helfen Sie uns Sie, besser kennen zu lernen!

Warum sind Sie zu uns gekommen und was können wir für Sie tun?

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

Empfehlung von: Bekannte / Verwandte: _____ Arzt / Zahnarzt: _____
Name Name
 Werbung (Anzeige, Tagespresse/Fachzeitschrift etc.) zus. informiert auf www.new-ortho.de

Internet: Google Arzt- oder Gesundheitsportale, welche? _____

Sonstiges: _____ Bitte wenden!



Allgemeine Gesundheitsangaben

- Bestehen allgemeinmedizinische Erkrankungen (Herz, Leber, Niere, Blutgerinnungsstörungen, Asthma, Zuckerkrankheiten) oder Infektionskrankheiten (Hepatitis, Aids)? Ja Nein
Wenn ja, welche? _____
- Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Ja Nein
Welche und wozu? _____
- Bestehen Allergien oder Unverträglichkeiten? Welche? _____ Ja Nein

Fragen zur Röntgenuntersuchung

- Wurden Sie innerhalb der letzten 12 Monate im Kopf-/Kieferbereich geröntgt? Ja Nein
- Bei Frauen: Besteht derzeit eine Schwangerschaft? Ja Nein

Fragen aus kieferorthopädischen Gründen

- Wurde schon einmal kieferorthopädisch behandelt? Ja Nein
Bei welchem Arzt? _____
- Wurde die Behandlung abgebrochen? Ja Nein
- Bestehen Kiefergelenkgeräusche (Knacken)? Ja Nein
- Bestehen Schmerzen bei Mundöffnung (MÖ) oder Kauen? Ja Nein
- Bestand eine Blockierung der MÖ in den letzten 3 Monaten? Ja Nein
- Bestehen Kopf- oder Gesichtsschmerzen (Kiefergelenke, Schläfe, Kieferbereich) 1x pro Woche oder mehr? Ja Nein
Wenn ja, welche? _____
- Besteht oder bestand Zähneknirschen oder Zähnepressen? Bis wann? _____ Ja Nein
- Wurde eine Schiene vom Zahnarzt verordnet? Ja Nein
- Gab es Unfälle mit Beteiligung der Zähne oder des Kiefers? Ja Nein
Wenn ja, welche? _____
- Besteht Mundatmung oder häufige Erkältung oder Schnarchen? Ja Nein
- Waren Sie bereits in Behandlung bei einem Hals-Nasen-Ohrenarzt? Wenn ja, was wurde gemacht? Ja Nein
 Mandeln wurden entfernt Polypen wurden entfernt Sonstiges: _____
- Bestand Daumenlutschen, Nägelkauen oder wurde ein Schnuller genommen? Ja Nein
Wenn ja bis wann? _____
- Bestand oder besteht Zungenpressen, Lippenbeißen, Nägelkauen, Bleistiftkauen? Ja Nein
Bis wann? _____
- Liegen ähnliche Fehlstellungen oder Nichtanlagen von Zähnen in der Familie vor? Ja Nein
Welche und bei wem? _____
- Besteht ein Sprachfehler (z.B. Lispeln) oder wurde bereits eine logopädische Behandlung durchgeführt? Ja Nein
Wenn ja, wann? _____
- Ist oder waren Sie in psychotherapeutischer Behandlung? Ja Nein

Hobbys

- Betreiben Sie eine Sportart? Wenn ja, welche? _____ Ja Nein
- Spielen Sie ein Instrument? Wenn ja, welche(s)? _____ Ja Nein

Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten bzw. die Daten des Patienten per EDV gespeichert werden und ggf. an eine Abrechnungsgesellschaft weitergeleitet werden. Patientenbezogene Unterlagen und Daten dürfen im Rahmen der Beratung/Behandlung an beteiligte Fachdisziplinen weiter gegeben 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.

Datum

Unterschrift