

Herzlich willkommen in unserer Praxis!



DR.EICHENAUER

Fachzahnärztin für
Kieferorthopädie

Lieber Patient, Liebe Patientin,

Wir freuen uns, Sie in unserer Praxis begrüßen zu dürfen!

Um für Sie eine optimale und individuelle fachzahnärztliche Beratung und Behandlung sicherzustellen, benötigen wir einige Informationen. Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen vollständig, kreuzen Sie das Zutreffende an und machen evtl. eine kurze Erläuterung. Ihre Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dem Datenschutz. Bei Fragen oder Unklarheiten beim Ausfüllen helfen wir Ihnen gerne weiter.

Ihr Praxisteam Dr. Eichenauer

Allgemeine Angaben

Nachname		Vorname	
Geburtsdatum	Geburtsort	Telefon (mobil)	Telefon (privat)
Straße und Hausnummer		Email-Adresse	
PLZ und Ort		Beruf/Arbeitgeber (freiwillige Angabe)	
Name des Zahnarztes	Ort	Name des Hausarztes	Ort
Name der Versicherung			
<input type="checkbox"/> gesetzlich <input type="checkbox"/> freiwillig <input type="checkbox"/> privat <input type="checkbox"/> Beihilfe berechtigt <input type="checkbox"/> private Zahn-Zusatzversicherung			
Art der Versicherung			
<input type="checkbox"/> Überweisung von Zahnarzt		<input type="checkbox"/> Eigener Wunsch	
Anlass der kieferorthopädischen Beratung oder Behandlung			
<input type="checkbox"/> Korrektur von Zahn- oder Kieferfehlstellungen			
mit dem Wunsch: <input type="checkbox"/> Verbesserung der Ästhetik und/oder <input type="checkbox"/> Verbesserung der Funktion/Prophylaxe			
<input type="checkbox"/> Rezidiv-Korrektur (erneute Fehlstellung nach früherer KFO-Behandlung)			
<input type="checkbox"/> Kiefergelenk-Diagnostik		<input type="checkbox"/> Behandlung vor Eingliederung von Zahnersatz (präprothetisch)	
Was ist Ihr hauptsächliches Anliegen?			
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Wurden Sie bereits kieferorthopädisch beraten oder hatten Sie schon einmal eine kieferorthopädische Behandlung?		Wurden bereits Röntgenbilder oder Zahnmodelle erstellt?	
<input type="checkbox"/> Überweisung von:		<input type="checkbox"/> Empfehlung durch:	
<input type="checkbox"/> Internet <input type="checkbox"/> Praxisschild		<input type="checkbox"/> Sonstiges:	
Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?			

Gesundheitsfragen

		JA	NEIN
1	Bestehen ALLGEMEINERKRANKUNGEN? (z. B. psychische Erkrankung, Asthma, Rheuma, Diabetes, Epilepsie, Herzerkrankung, Schilddrüsenerkrankung, Tumorerkrankung, Blutgerinnungsstörung, Hör- oder Sprachprobleme, ...) Wenn ja, <u>welche</u> ?		
2	Werden regelmäßig MEDIKAMENTE eingenommen? Wenn ja, <u>welche</u> ?		
3	Bestehen ALLERGIEN (z. B. Latex, Jod, Nickel, Chrom, Kunststoffe, Metalle, Pollen/Gräser, Medikamente)? Wenn ja, <u>welche</u> ?		
4	Bestehen ansteckende Erkrankungen (z. B. Hepatitis, Tuberkulose, HIV)?		
5	Bestehen oder bestanden folgende Gewohnheiten: Daumen- oder Fingerlutschen, Fingernägelkauen, Stifte kauen, Lippenbeißen? Wenn ja, was? Seit/bis wann?		
6	Bestehen Beschwerden im Kiefergelenk (z. B. Knackgeräusche, eingeschränkte Mundöffnung) oder Probleme bei Kauen/Abbeißen? Wenn ja, was? Seit wann?		
7	Knirschen oder pressen Sie nachts mit den Zähnen?		
8	Atmen Sie häufig oder ausschließlich durch den Mund bzw. schnarchen Sie?		
9	Wurde bereits eine Hals-Nasen-Ohrenärztliche Behandlung vorgenommen (z. B. Mandeln oder Polypen entfernt)? Wenn ja, was und wann?		
10	Wurden jemals Zähne durch den Zahnarzt entfernt (auch Weisheitszähne)? Wenn ja, wann und warum?		
11	Hatten Sie einmal eine Verletzung (z. B. Sturz, Schlag oder Unfall) an Zähnen oder Kiefer? Wenn ja, was und wann?		
12	Bestehen/bestanden bei Eltern oder nahen Verwandten ähnliche Zahn- oder Kieferfehlstellungen? Wenn ja, bei wem?		

Wir bitten Sie, Änderungen der allgemeinen Angaben (z. B. geplanter Umzug, Wechsel der Versicherung) sowie des Gesundheitszustandes (z. B. neue Erkrankungen oder Medikamente) unverzüglich mitzuteilen!

Mit Ihrer Unterschrift stimmen Sie zu, dass Patientendaten weiterbehandelnden Ärzten zur Verfügung gestellt, von behandelnden Ärzten eingeholt, an kooperierende Abrechnungs-Unternehmen übermittelt oder (anonym) zu wissenschaftlichen Zwecken verwendet werden dürfen.

Absagepflicht

Mir ist bekannt, dass ein verbindlicher Termin so früh wie möglich, jedoch mindestens 24 Stunden vorher abgesagt werden muss, falls dieser nicht wahrgenommen werden kann. Außerdem bin ich hiermit darüber informiert, dass versäumte oder nicht rechtzeitig abgesagte Termine in Höhe der Vergütungsregelung in Rechnung gestellt werden.

Ort, Datum

Unterschrift