

Herzlich willkommen in unserer Praxis!



DR.EICHENAUER

Fachzahnärztin für
Kieferorthopädie

Lieber Patient/Liebe Patientin, Liebe Eltern,

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

Um für Ihr Kind 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 <u>des Patienten</u>		Vorname <u>des Patienten</u>		Nachname <u>des Versicherten</u>			
Geburtsdatum		Geburtsort		Vorname <u>des Versicherten</u>		Geburtsdatum	
Straße und Hausnummer				Email-Adresse des Patienten ODER der Eltern			
PLZ und Ort				Arbeitgeber			
Telefon (Nummer tagsüber erreichbar)				Geschwister des Patienten in unserer Praxis			
Name des Zahnarztes		Ort		Name des Hausarztes		Ort	
				<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein			
Name der Versicherung				Leben die Eltern/Sorgeberechtigten getrennt?			
<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							
Falls abweichend – Name und vollständige Anschrift des Rechnungsempfängers							
<input type="checkbox"/> Überweisung von Zahnarzt/Schulzahnarzt				<input type="checkbox"/> Wunsch von Mutter/Vater/Patient			
Anlass der kieferorthopädischen Beratung oder Behandlung							
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein				<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein			
Wurde der Patient bereits kieferorthopädisch beraten?				Wurden bereits Röntgenbilder oder Zahnmodelle erstellt?			
Name und Ort des Kieferorthopäden (falls bereits eine kieferorthopädische Beratung oder Behandlung erfolgt ist)							
<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, Rachitis, 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	Knirscht oder presst der Patient/die Patientin nachts mit den Zähnen?		
8	Wurde schon einmal eine logopädische Therapie durchgeführt? Wenn ja, wann und wieso?		
9	Atmet der Patient/die Patientin häufig oder ausschließlich durch den Mund bzw. schnarcht er/sie?		
10	Wurde bereits eine Hals-Nasen-Ohrenärztliche Behandlung vorgenommen (z. B. Mandeln oder Polypen entfernt)? Wenn ja, was und wann?		
11	Wurden jemals Zähne (auch Milchzähne) durch den Zahnarzt entfernt? Wenn ja, wann und warum?		
12	Hatte der Patient/die Patientin einmal eine Verletzung (z. B. Sturz, Schlag oder Unfall) an Zähnen oder Kiefer? Wenn ja, was und wann?		
13	Wird regelmäßig ein Blasinstrument gespielt oder wird regelmäßig eine bestimmte Sportart ausgeübt? Wenn ja, was und wie häufig?		
14	Bestanden Besonderheiten während Schwangerschaft, Geburt oder im Kleinkindalter (z. B. Erkrankungen, Operationen, Medikamente, Frühgeburt)?		
15	Bestehen bei Eltern oder nahen Verwandten ähnliche Zahn- oder Kieferfehlstellungen? Wenn ja, bei wem?		
16	Waren/sind Eltern oder Geschwister in kieferorthopädischer Behandlung?		
17	Wie häufig werden Softdrinks, Erfrischungsgetränke oder Saftschorlen getrunken? <input type="checkbox"/> täglich einmal/mehrmals <input type="checkbox"/> 3-4x pro Woche <input type="checkbox"/> weniger als 1x pro Woche		
18	Hat der Patient/die Patientin Interesse an einer kieferorthopädischen Behandlung? <input type="checkbox"/> sehr <input type="checkbox"/> mäßig <input type="checkbox"/> wenig <input type="checkbox"/> gar nicht		

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 privat in Höhe der Vergütungsregelung in Rechnung gestellt werden.

Ort, Datum

Unterschrift

(volljähriger Patient bzw. Erziehungsberechtigter)