

Sehr geehrte(r) Patient(in), sehr geehrte Patienteltern,
 wir bitten Sie, die Vorder- und Rückseite dieses Blattes sorgfältig auszufüllen. Die erhobenen Daten dienen Ihrer Gesundheit und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht sowie dem Datenschutz nach den Vorgaben der DSGVO-EU (siehe Auslage). Die Angaben können zu Abrechnungszwecken an eine Abrechnungstelle; bei einer Praxisübergabe können die Patientenunterlagen an den Nachbehandler weitergegeben werden.

Patient (in)	
Name : _____	Vorname : _____
Geburtsdatum : ____ . ____ . ____	Geburtsort : _____
Adresse (Str./Ort): _____	() _____
Telefon : _____ / _____	Fax : _____ / _____
Handy : _____	E-Mail : _____
Zahnarzt : _____	Ort : _____
Überwiesen von: _____	Ort : _____

Vater Name : _____	Mutter Name: _____
Vorname : _____	Vorname : _____
Geburtsdatum : ____ . ____ . ____ Ort: _____	Geburtsdatum: ____ . ____ . ____ Ort: _____
Straße : _____	Straße : _____
Ort () : _____	Ort () : _____
Tel/Fax/Mobil : _____	Tel/Fax/Mobil : _____
E-Mail : _____	E-Mail : _____
Beruf : _____	Beruf : _____
Arbeitgeber : _____	Arbeitgeber : _____
Tel.(geschäftl) : _____	Tel.(geschäftl): _____

Versichert als : <input type="radio"/> Kassenpatient	<input type="radio"/> freiwillig Versicherter	<input type="radio"/> Privatpatient
Versichert mit : <input type="radio"/> Vater	<input type="radio"/> Mutter	<input type="radio"/> selbst versichert
Krankenkasse : _____	Ort: _____	

Bestehende Erkrankungen	Ja	Nein	Erkrankungen / Medikamente
Herz / Kreislauf	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Lunge / Atmung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Leber / Verdauung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Nieren / Harnorgane	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Blutzucker (Diabetes mel.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Gelbsucht (Hepatitis)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Allergien	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
sonstige Erkrankungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____

Röntgenerklärung	Ja	Nein
Wurden in letzter Zeit Röntgenaufnahmen der Zähne oder des Kopfes gefertigt? Wann _____ ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Besteht zur Zeit eine Schwangerschaft ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Ich bin mit der Anfertigung der im Rahmen der Untersuchungen bzw. Therapie notwendig werdenden Röntgenaufnahmen einverstanden. Ich verpflichte mich, eintretende Änderungen (Gesundheitszustand, Schwangerschaft, Krankenkassenwechsel, Anschriftsänderungen etc.) unverzüglich mitzuteilen und versichere die Richtigkeit der gemachten Angaben.

Groß-Gerau, den _____

 (Unterschrift / des Erziehungsberechtigten)



Bitte Zutreffendes ankreuzen und Fragen bei Bedarf ergänzen !

		Ja	Nein
Beabsichtigen Sie, in nächster Zeit Ihren Wohnsitz zu wechseln ? Wann / Wohin ? _____	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>
War der Patient schon einmal in kieferorthopädischer Behandlung ? Bei wem ? _____ Wann ? _____	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>
Wurde die Behandlung abgeschlossen, unterbrochen oder abgebrochen ? Wann ? _____ Warum? _____	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>
Befindet sich ein weiteres Familienmitglied in kieferorthopädischer Behandlung ? Bei wem ? _____ Seit wann ? _____	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>
Wurden Untersuchungen oder Behandlungen beim einem Hals-Nasen-Ohren-Arzt durchgeführt ? Was wurde festgestellt ? _____ Wann ? _____	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>
Hatte der Patient in der Vergangenheit einen Unfall mit Verletzungen des Gesichts ? Welchen ? _____ Wann ? _____	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>
Wurden dabei Zähne beschädigt ? Welche: _____	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>
Knirscht oder preßt der Patient mit den Zähnen (z.B. im Schlaf) ?	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>
Schnarcht der Patient im Schlaf ? Wie häufig ? _____	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>
Kamen die Milchzähne früher / später als bei gleichaltrigen Kindern ? Wann ? _____	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>
Hat der Patient im Kindesalter gelutscht bzw. lutscht er noch immer ? Wie lange ? _____ Woran ? _____	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>
Hat der Patient Sprachstörungen (z.B. Lispeln) ? Welche ? _____ Seit wann ? _____	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>
Leidet der Patient an Kopfschmerzen, Rücken- oder Becken/Hüftschmerzen ? Welche ? _____ Seit wann ? _____	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>
Wurden Untersuchungen oder Behandlungen beim einem Orthopäden durchgeführt ? Was wurde festgestellt ? _____ Wann ? _____	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>
Befindet sich der Patient in logopädischer oder krankengymnastischer Behandlung ? Bei wem ? _____ Seit wann ? _____	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>
Hatte der Patient Entzündungen oder Schmerzen an Gelenken ? Welche Gelenke: _____	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>
Wie häufig putzt der Patient seine Zähne ? _____			
Was haben Sie selbst festgestellt, was soll verändert werden, was erwarten Sie von der Behandlung ? _____ _____ _____			

Praxisinterne Angaben (Bitte nicht beschriften !)

18 17 16 15 14 13 12 11	21 22 23 24 25 26 27 28		
55 54 53 52 51	61 62 63 64 65		
85 84 83 82 81	71 72 73 74 75		
48 47 46 45 44 43 42 41	31 32 33 34 35 36 37 38		

OPG <input type="radio"/>	Foto E/P <input type="radio"/>	AAW <input type="radio"/>	KIG: <input style="width: 50px;" type="text"/>
FRS <input type="radio"/>	Mundfoto <input type="radio"/>	AK <input type="radio"/>	
HWA <input type="radio"/>	Unterl./Anf. <input type="radio"/>	AKU <input type="radio"/>	
KGP <input type="radio"/>	Überweis. <input type="radio"/>	MANU <input type="radio"/>	
<input type="radio"/>	an: _____	ErnBer <input type="radio"/>	WV: _____

BlGr: kg | P: cm | V: cm | M: cm

1 2 3 4 5 ⊗