HERZLICH WILLKOMMEN

in unserer Fachpraxis für Kieferorthopädie!

DR. MED. DENT.
CORNELIA STAHL
FACHPRAXIS FÜR KIEFERORTHOPÄDIE

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
bevor wir uns in Ruhe um Ihre kieferorthopädischen Wünsche oder Sorgen kümmern, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Bitte nehmen Sie sich ein paar Minuten Zeit, um diesen Fragebogen sorgfältig auszufüllen. Sie helfen uns damit, Sie noch individueller beraten und vor allem risikoarm behandeln zu können. **Alle Angaben unterliegen nach §203 StGB der ärztlichen Schweigepflicht.**

Persönliche Angaben

Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Straße: _____ PLZ/Wohnort: _____

Krankenkasse: _____

○ Gesetzlich ○ Privat ○ Zahnzusatzversicherung ○ Beihilfeberechtigt ○ Basistarif

Telefon privat: _____ Telefon mobil: _____

*Telefon dienstlich: _____ E- Mail: _____

Bei minderjährigen Patienten: Sorgeberechtigter:

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Wie sind Sie/Ihr Kind auf uns aufmerksam geworden?

_____

Behandelnder Zahnarzt?

_____

Nehmen Sie/Ihr Kind regelmäßig (alle 6 Monate) am Prophylaxeprogramm Ihres Hauszahnarztes teil?

_____

Wurden in den letzten 12 Monaten Röntgenaufnahmen im Kopf- Kiefer- Zahnbereich durchgeführt? ○ ja ○ nein

Wenn ja, wo? _____

Wurde schon eine kieferorthopädische Beratung/Behandlung durchgeführt? ○ ja ○ nein

Wenn ja, wann und wo? _____

Haben Sie/Ihr Kind spezielle Wünsche oder Anregungen?

_____

_____

_____

Wurden andere Familienmitglieder kieferorthopädisch behandelt? ○ ja ○ nein
Wenn ja, weshalb? _____

Wird oder wurde am Daumen gelutscht oder ein Schnuller benutzt? ○ ja ○ nein
Wenn ja, bis zu welchem Alter? _____

Besteht eine Fehlfunktion der Zunge oder Lippe? ○ ja ○ nein

Waren oder sind Sie/Ihr Kind in logopädischer Behandlung? ○ ja ○ nein
Wenn ja, weshalb? Wann? _____

Liegt eine erschwerte Nasenatmung bzw. Mundatmung vor? ○ ja ○ nein

Wurden Mandeln oder Polypen entfernt? ○ ja ○ nein

Liegt eine Allergie vor? ○ ja ○ nein
Wenn ja, welche? _____

Wird gelegentlich an den Fingernägeln gekaut? ○ ja ○ nein

Andere schlechte Angewohnheiten? ○ ja ○ nein
Wenn ja, welche? _____

Wird geknirscht oder mit den Zähnen oder dem Kiefer gepresst? ○ ja ○ nein

Liegen Teilleistungsstörungen vor? (z.B. Lese- od. Rechtschreibschwäche, Konzentrationsschwäche?)
○ ja ○ nein

Wurden bei einem Unfall Zähne oder Kiefer verletzt? ○ ja ○ nein

Bestehen/bestanden Beschwerden des Kiefergelenks, der Kaumuskulatur oder häufig Kopfschmerzen?
○ ja ○ nein

Besteht eine rheumatische Erkrankung? ○ ja ○ nein

Gibt oder gab es orthopädische Befunde? ○ ja ○ nein

Werden Medikamente eingenommen? ○ ja ○ nein
Wenn ja, welche? _____

Liegt eine der folgenden Erkrankungen vor:

Herz-Kreislauf-Störungen	○ ja	○ nein	Blutgerinnungsstörungen	○ ja	○ nein	Endokarditis	○ ja	○ nein
Diabetes	○ ja	○ nein	Epilepsie	○ ja	○ nein	Hepatitis	○ ja	○ nein
Asthma	○ ja	○ nein	HIV	○ ja	○ nein	Tuberkulose	○ ja	○ nein
Sonstige Erkrankungen?	○ ja	○ nein						

Wenn ja, welche? _____

Datenschutz
Die hier erhobenen Daten unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Als Patient erkläre ich mich damit einverstanden, dass die Daten und Informationen zur Person und Gesundheitszustand im Praxiscomputer gesichert und statistisch ausgewertet werden. Auf die ausliegende Patienteninformation zum Datenschutz nach der aktuellen europäischen Datenschutz- Grundverordnung (DSGVO) bin ich hiermit hingewiesen worden.

Hinweis
Wir bitten Sie, Ihre Termine pünktlich einzuhalten oder mindestens 24h im Voraus abzusagen.
Bei mehrmaligem Versäumen der Behandlungstermine behalten wir uns das Recht vor, die uns daraus entstandenen Kosten (zum Stundensatz) in Rechnung zu stellen. Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich die im Anamnesebogen geforderten Angaben gewissenhaft und wahrheitsgemäß gemacht und die Hinweise verstanden habe. Zudem erkläre ich mich hiermit einverstanden, dass im Rahmen der kieferorthopädischen Behandlung notwendige **Röntgenuntersuchungen** bei mir/meinem Kind gemacht werden dürfen.
Falls sich Änderungen zu meiner Adresse oder meinem Gesundheitszustand ergeben, werde ich dies der Praxis umgehend mitteilen.

Diessen am Ammersee, _____

Datum, Unterschrift Patient (ggf. Sorgeberechtigter)

*freiwillige Angaben