

Herzlich willkommen in unserer Praxis!

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

bevor wir uns in Ruhe über Ihre kieferorthopädischen Wünsche oder Sorgen unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine adäquate und risikofreie Behandlung. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Sofern wir Ihre Krankenversichertenkarte benötigen, bringen Sie diese bei jedem Besuch in die Praxis mit. Liegt sie uns auch 14 Tage nach der Behandlung nicht vor, so betrachten wir Sie als Privatpatient und Sie erhalten eine Rechnung nach der privaten Gebührenordnung (GOZ).

Wir sind immer bemüht, Ihnen lange Wartezeiten zu ersparen. Deshalb bitten wir Sie, falls Sie verhindert sind, vereinbarte Termine mindestens 24 Stunden vorher abzusagen.

Haben Sie Fragen oder gibt es Unklarheiten beim Ausfüllen der unteren Daten, helfen wir Ihnen gern weiter.

Ihr Praxisteam

Personalien

Nachname des Patienten		Nachname des Versicherten	
Vorname des Patienten	Geburtsdatum	Vorname des Versicherten	Geburtsdatum
Straße, Hausnummer		Arbeitgeber	
PLZ, Ort		Vorname des Ehegatten	Geburtsdatum
Telefon		eMail	
Hauszahnarzt		Geschwister des Patienten in Behandlung	
Anschrift Hauszahnarzt		Sonstiges	
Telefonnummer Hauszahnarzt			
Krankenkasse			
Überweisender Zahnarzt			
Hausarzt			

Gesundheitsfragen

	Ja	Nein
Haben Sie bekannte Allergien?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
wenn ja, worauf?		
Besteht der Verdacht einer Allergie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
wenn ja, worauf?		
Leiden oder litten Sie an einer der genannten Krankheiten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/> Rachitis		
<input type="checkbox"/> Diabetes		
<input type="checkbox"/> Herzleiden		
<input type="checkbox"/> Epilepsie		
<input type="checkbox"/> Hepatitis		
<input type="checkbox"/> andere:		
Wann wurden Sie das letzte Mal geröntgt?		
Datum: (Monat/Jahr)		
Organ:		
Sind Sie schwanger?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Liegen Kiefergelenksprobleme vor?		

Was stört Sie an der jetzigen Zahnstellung?

Wurde eine Therapie durch den Hals-Nasen-Ohrenarzt geplant oder durchgeführt?

Wer schickt Sie zu uns oder wie wurden Sie auf uns aufmerksam?

Ort, DATUM

Unterschrift Patient

Versicherter bzw. gesetzlicher Vertreter

Vielen Dank für Ihre Mithilfe! Bitte teilen Sie uns Änderungen der obigen Angaben mit!