

Herzlich willkommen in der Fachpraxis für Kieferorthopädie Dr. Schmitz und Kollegen! Wir möchten uns mit Ihnen in Ruhe über Ihre kieferorthopädischen Wünsche unterhalten und Sie umfassend beraten. Dazu benötigen wir zu Ihrem nächsten Termin neben Ihren Personalien, Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Ihre Angaben werden streng vertraulich behandelt. Sie unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht gemäß §203 des StGB sowie den strengen Bestimmungen des Datenschutzes.

Patient

Name:	<input type="text"/>	Tel.-Nr.:	<input type="text"/>
Vorname:	<input type="text"/>	Mobil:	<input type="text"/>
Straße, Nr:	<input type="text"/>	Krankenkasse: (Name und Ort)	<input type="text"/>
PLZ/Ort:	<input type="text"/>		<input type="text"/>
Geb. Datum:	<input type="text"/>		

Versicherter

Name:	<input type="text"/>	Vorname des Ehegatten:	<input type="text"/>
Vorname:	<input type="text"/>	Geb. Datum:	<input type="text"/>
Geb. Datum:	<input type="text"/>	Arbeitgeber:	<input type="text"/>
Arbeitgeber:	<input type="text"/>	Beruf:	<input type="text"/>
Beruf:	<input type="text"/>	Mobil:	<input type="text"/>
Tel. Gesch.	<input type="text"/>	E-Mail:	<input type="text"/>

Versicherungsart

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> gesetzlich versichert | <input type="checkbox"/> Basistarif einer privaten Versicherung |
| <input type="checkbox"/> freiwillig versichert | <input type="checkbox"/> Zusatzversicherung für Kieferorthopädie |
| <input type="checkbox"/> privat voll-versichert | <input type="checkbox"/> Beihilfe |

Name des Zahnarztes:	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Name des Hausarztes:	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Bekannte oder Verwandte | <input type="checkbox"/> Internet (Arzt- oder Gesundheitsportale) | <input type="checkbox"/> Zus. informiert auf www.kfo-ahlen.de |
| <input type="checkbox"/> Werbung (Anzeige Tagespresse/Fachzeitschrift etc.) | <input type="checkbox"/> Sonstiges: | <input type="text"/> |

Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten bzw. die Daten des Patienten per EDV gespeichert werden und ggf. an eine Abrechnungsgesellschaft weitergeleitet werden. Im Falle der Praxis-Übergabe oder im Falle der Beschäftigung eines Vertreters bin ich damit einverstanden, dass die Karteikarte mit den persönlichen Daten auf den Nachfolger bzw. Praxisvertreter übergeben wird.

BITTE RÜCKSEITE BEACHTEN!

Datum:	<input type="text"/>	Unterschrift:	<input type="text"/>
--------	----------------------	---------------	----------------------

Allgemeine Gesundheitsangaben

- Bestehen allgemeinmedizinische Erkrankungen (Herz, Leber, Niere, Blutgerinnungsstörungen, Asthma, Zuckerkrankheiten) oder Infektionskrankheiten (Hepatitis, Aids)?
Wenn ja, welche? _____ ja nein
- Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?
Welche und wozu? _____ ja nein
- Bestehen Allergien oder Unverträglichkeiten?
Welche? _____ ja nein

Fragen zur Röntgenuntersuchung

- Wurden Sie innerhalb der letzten 12 Monate im Kopf/Kieferbereich geröntgt? ja nein
- Bei Frauen: Besteht derzeit eine Schwangerschaft? Welcher Monat? _____ ja nein

Fragen aus kieferorthopädischen Gründen

- Wurden Sie schon einmal kieferorthopädisch behandelt?
Bei welchem Arzt? _____ ja nein
- Was stört Sie am meisten an Ihrer Zahn und Kieferstellung?
_____ ja nein
- Bestehen Kiefergelenksbeschwerden oder -knacken? ja nein
- Bestehen häufig Kopfschmerzen, Schmerzen im Gesichtsbereich oder beim Kauen?
Welche? _____ ja nein
- Besteht oder bestand Zähneknirschen oder Zähnepressen?
Bis wann? _____ ja nein
- Gab es Unfälle mit Beteiligung der Zähne und des Kiefers?
Wenn ja, welche? _____ ja nein
- Besteht Mundatmung oder häufige Erkältung oder Schnarchen?
Was? _____ ja nein
- Waren Sie bereits in Behandlung eines Hals-Nasen-Ohrenarztes?
Wann und was wurde gemacht? _____ ja nein

Eigene Anmerkungen: _____

Nach den Richtlinien unter Punkt 5 (Kieferorthopädie) Abs. 4 des Bundesausschusses der Zahnärzte und gesetzlichen Krankenkassen vom 01. Januar 2004 gehören Kieferorthopädische Behandlungen bei Versicherten, die zu Beginn der Behandlung das 18. Lebensjahr vollendet haben, nicht zur Vertragszahnärztlichen Versorgung. Dies betrifft auch die Erstberatung und Untersuchung.