



Herzlich willkommen in der Fachpraxis für Kieferorthopädie Lara Muncker-Wouters! 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"/> | Ort: | <input type="text"/> |
| Name des Hausarztes: | <input type="text"/> | Ort: | <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.smile-pasing.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:

Unterschrift:



Allgemeine Gesundheitsangaben

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

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? ja nein
Bei welchem Arzt? _____
- Was stört Sie am meisten an Ihrer Zahn und Kieferstellung?

- Bestehen Kiefergelenksbeschwerden oder-knacken? ja nein
- Bestehen häufig Kopfschmerzen, Schmerzen im Gesichtsbereich oder beim Kauen? ja nein
Welche? _____
- Besteht oder bestand Zähneknirschen oder Zähnepressen? ja nein
Bis wann? _____
- Gab es Unfälle mit Beteiligung der Zähne und des Kiefers? ja nein
Wenn ja, welche? _____
- Besteht Mundatmung oder häufige Erkältung oder Schnarchen? ja nein
Was? _____
- Waren Sie bereits in Behandlung eines Hals-Nasen-Ohrenarztes? ja nein
Wann und was wurde gemacht? _____

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.