

Herzlich willkommen bei uns: echt.schee.grod. Kieferorthopädie Dr. Nina Doyé. Wir möchten uns mit Ihnen in Ruhe über Ihre kieferorthopädischen Wünsche unterhalten und umfassend beraten. Dazu benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über den allgemeinen Gesundheitszustand.

1. Patient/in

☐ Herr ☐ Frau ☐ Divers/keine Angabe

Name: _____
 Vorname: _____
 Straße, Nr.: _____
 PLZ/Ort: _____
 Geb.datum: _____

Tel. privat: _____
 Mobil: _____
 E-Mail: _____

2. Rechnungsempfänger (falls abweichend)

☐ Herr ☐ Frau ☐ Divers/keine Angabe

Name: _____
 Vorname: _____
 Straße, Nr.: _____
 PLZ/Ort: _____
 Geb.datum: _____

Tel. privat: _____
 Mobil: _____
 E-Mail: _____

3. Versicherungsart

- | | |
|--|---|
| ☐ gesetzlich versichert | ☐ Beihilfe |
| ☐ Zusatzversicherung für Kieferorthopädie | ☐ Basistarif einer privaten Versicherung |
| ☐ freiwillig versichert | ☐ Postbeamtenkrankenkasse |
| ☐ privat versichert | |

Wie sind Sie am besten erreichbar (Festnetz? Mobil? E-Mail?) _____

Name der/des behandelnden Zahnärztin/-arztes: _____

Wie sind Sie auf die Praxis aufmerksam geworden (Bekannte, Verwandte, Internet, Sonstige)?

4. Anamnese

Bestehen allgemeinmedizinische Erkrankungen (Herz-, Leber-, Niere-, Blutgerinnungsstörungen, Diabetes, Atemwege)? ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, welche? _____

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, welche? _____

Bestehen Infektionskrankheiten (HIV/Aids, Hepatitis, Tuberkulose)? ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, welche? _____

Bestehen Allergien/Unverträglichkeiten? ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, welche? _____

Befinden Sie sich in ärztlicher Behandlung? ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, weshalb und wo?

Wurden Sie schon einmal kieferorthopädisch behandelt? ☐ Ja ☐ Nein

Wann? _____

Was stört Sie am meisten an Ihrer Zahn- /Kiefer(fehl)stellung?

Bestehen Kiefergelenksbeschwerden oder Kiefergelenksknacken?

☐ Ja ☐ Nein

Besteht Zähneknirschen oder -pressen?

☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, Knirschen oder Pressen?

Bestehen häufig Kopfschmerzen, Schmerzen im Gesichtsbereich oder beim Kauen?

☐ Ja ☐ Nein

Welche? _____

Atmen Sie häufig durch den Mund?

☐ Ja ☐ Nein

Schnarchen Sie?

☐ Ja ☐ Nein

Waren Sie oder sind Sie in HNO ärztlicher Behandlung?

☐ Ja ☐ Nein

Welche? _____

Wann? _____

Bei Veränderung des Gesundheitszustands bitten wir um sofortige Benachrichtigung.

5. Informationen zu Terminversäumnissen

Ich verpflichte mich, vereinbarte Termine einzuhalten oder mindestens 1 Tag im Voraus abzusagen. Andernfalls können daraus entstehende Kosten für die im Termin vereinbarte Behandlung in Rechnung gestellt werden.

Datum: _____

Unterschrift: _____

6. Datenschutz

Ihre Angaben werden streng vertraulich behandelt. Grundlage unseres Handelns sind die Bestimmungen des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG), der EU-Datenschutzverordnung (EU-DSGVO) sowie die Vorgaben zur ärztlichen Schweigepflicht. Bitte haben Sie daher auch Verständnis, dass Mobiltelefone im Behandlungszimmer nicht verwendet werden dürfen.

Datum: _____

Unterschrift: _____

7. Weitergabe von Daten und Unterlagen an die/den Hauszahnärztin/Hauszahnarzt

Mit der Anfertigung von Röntgenbildern und Fotos zu diagnostischen zwecken bin ich einverstanden. Ich bin mit der Auskunft über den geplanten Behandlungsablauf (z.B. Arztbrief) sowie bei Bedarf meiner Röntgenbilder/Fotos an weitere Leistungserbringer (Zahnärztin/-arzt, Mit-/Weiterbehandler, Krankenhäuser etc.) einverstanden.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich die abgedruckten Informationen gelesen und verstanden habe.

Datum: _____

Unterschrift: _____

8. Einwilligung zu Terminerinnerungen (SMS/E-Mail)

Ich willige ein, dass meine Daten (Name, Telefonnummer, E-Mail) von der Praxis verwendet werden, um Terminerinnerungen per SMS oder und E-Mail zu erhalten. Ich kann dieser Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen.

Datum: _____

Unterschrift: _____



Für Invisalign Interessierte: Scan me!
So könnte Ihr neues Lächeln aussehen.