

## Herzlich Willkommen in unserer Praxis!

Liebe Patientin, lieber Patient!

Wir, die Praxis Julia Hantes, möchten Ihnen den Aufenthalt in unserer Praxis so angenehm wie möglich gestalten. Zur Anlage Ihrer persönlichen Behandlungskartei und im Interesse einer komplikationslosen Behandlung benötigen wir einige Angaben. Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen vollständig und richtig. Alle Angaben unterliegen nach § 203 StGB der ärztlichen Schweigepflicht.

### Persönliche Daten

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Name, Vorname	Geburtsdatum/-ort
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Straße, Nr.	PLZ, Ort
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Telefon - Festnetz	Telefon - mobil
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Email	Beruf

Sind Patient und Mitglied nicht identisch, ergänzen Sie bitte die Daten des Versicherungsnehmers.

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Name, Vorname	Geburtsdatum/-ort
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Straße, Nr.	PLZ, Ort

### Versicherung

Krankenkasse

- Gesetzlich versichert    
  Privat versichert    
  Zusatzversichert    
  Beihilfe

### Zahnarzt

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Name	PLZ, Ort

### Wie wurden Sie auf uns aufmerksam?

- Google    
  Überweisung durch .....    
  Werbung  
 Persönliche Empfehlung    
  Sonstiges .....

### Grund Ihres Besuchs

- Vorsorgeuntersuchung    
  Beratung    
  Prophylaxe  
 Schmerzbehandlung / Kiefergelenk    
  Zweite Meinung    
  Überweisung vom Hauszahnarzt

Was ist Ihnen besonders wichtig? .....

## Allgemeiner Gesundheitsfragen

- Herz-/ Kreislauferkrankungen  ja  nein  
 Diabetes  ja  nein  
 Blutgerinnungsstörungen  ja  nein  
 Asthma/Lungenerkrankungen  ja  nein  
 Latexallergie  ja  nein  
 Andere Allergien  ja  nein

wenn ja, welche? .....

## Infektionskrankheiten:

- HIV-Infektion / Stadium AIDS  ja  nein  
 Lebererkrankung / Hepatitis  ja  nein  
 Tuberkulose  ja  nein  
 Creutzfeldt-Jakob-Krankheit (CJK)  ja  nein  
 Andere Infektionskrankheiten  ja  nein

Wenn ja, welche? .....

## Sonstige Erkrankungen: .....

Nehmen Sie Medikamente ein?  ja  nein

wenn ja, welche? .....

## Mundgesundheitsstatus

Habits (schlechte Angewohnheiten)

- Lippen beißen  Schnuller  Nägel kauen  
 Mundatmung  Knirschen / Pressen  Daumen lutschen

## Allgemeine Angaben

Wann hatten Sie die letzte Röntgenuntersuchung im Mund- und Kieferbereich? .....

Wann hatten Sie die letzte professionelle Zahnreinigung? .....

Rauchen Sie?  ja  nein

Besteht eine Schwangerschaft?  ja  nein

Sind Sie in Logopädischer Behandlung?  ja  nein

Wurde früher schon einmal eine kieferorthopädische Behandlung durchgeführt?  ja  nein

Wenn ja, wo und wann? .....

## Erklärung zur Röntgenverordnung und zu Röntgenaufnahmen

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass bei mir/meinem Kind für die kieferorthopädische Beratung und Behandlung notwendigen Röntgenaufnahme gemacht werden dürfen und dass ich alle Fragen wahrheitsgemäß beantwortet habe.

Ich verpflichte mich, über alle Änderungen, die sich während der gesamten Behandlungszeit ergeben, umgehend Mitteilung zu machen.

Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten für Abrechnungszwecke weitergegeben werden.

Ort, Datum .....

Unterschrift .....