



## Patientenbogen Erwachsene

Herzlich willkommen in der Praxis für Kieferorthopädie Dres. Werling & 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: \_\_\_\_\_  
Vorname: \_\_\_\_\_  
Straße, Nr. \_\_\_\_\_  
PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

### Ihr Termin am:

Geb. Datum: \_\_\_\_\_  
Telefon: \_\_\_\_\_  
Mobil: \_\_\_\_\_  
Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Dürfen wir Ihnen bei kurzfristigen Terminänderungen eine SMS schicken?  ja  nein

### Versicherter

Name: \_\_\_\_\_  
Vorname: \_\_\_\_\_  
Geb. Datum: \_\_\_\_\_  
Arbeitgeber: \_\_\_\_\_  
Beruf: \_\_\_\_\_  
Telefon geschäftl.: \_\_\_\_\_  
Mobil: \_\_\_\_\_  
E-Mail: \_\_\_\_\_

Vorname des Ehegatten: \_\_\_\_\_  
Geb. Datum: \_\_\_\_\_  
Arbeitgeber: \_\_\_\_\_  
Beruf: \_\_\_\_\_  
Telefon: \_\_\_\_\_  
Telefon geschäftl.: \_\_\_\_\_  
Mobil: \_\_\_\_\_  
E-Mail: \_\_\_\_\_

### Versicherungsart

- gesetzlich versichert  
 freiwillig versichert  
 privat voll-versichert  
 Basistarif einer privaten Versicherung

- Zusatzversicherung für Kieferorthopädie  
 Beihilfe  
 Postbeamtenkrankenkasse

Name des Zahnarztes: \_\_\_\_\_  
Name des Hausarztes: \_\_\_\_\_

### Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

Empfehlung von:  Bekannte/Verwandte: \_\_\_\_\_ Name  Arzt/Zahnarzt: \_\_\_\_\_ Name

Werbung (Anzeige, Tagespresse/Fachzeitschrift etc.)  Praxishomepage: [www.dr-werling.de](http://www.dr-werling.de)

Internet:  Google  Arzt- oder Gesundheitsportale, welche? \_\_\_\_\_  
 Sonstiges: \_\_\_\_\_

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 einer 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. Ich bin damit einverstanden, dass meine persönlichen Daten, soweit sie für die Abrechnung der von mir in Anspruch genommenen Leistungen von Bedeutung sind, von dem mich behandelnden Arzt/Krankenhaus im Falle des Zahlungsverzugs zum Zweck des Forderungseinzugs an einen Dritten (Inkassounternehmen) weitergegeben werden.

Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_

Bitte wenden!



# Patientenbogen Erwachsene

## Allgemeine Gesundheitsangaben

- Bestehen allgemeinmedizinische Erkrankungen (Herz, Leber, Niere, Blutgerinnungsstörungen, Asthma, 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? \_\_\_\_\_

## Mundhygiene

- Wie oft putzen Sie Ihre Zähne? \_\_\_\_\_ mal täglich

- Gehen Sie zu regelmäßigen Kontrollen zum Zahnarzt?

ja  nein

- Gehen Sie regelmäßig zur professionellen Zahnreinigung?

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.