



Patientenbogen Erwachsene

Herzlich willkommen in der Fachpraxis für Kieferorthopädie blue·ortho! 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: _____

Versicherter

Name: _____
Vorname: _____
Geb. Datum: _____
Arbeitgeber: _____
Beruf: _____
Telefon: _____
Mobil: _____
E-Mail: _____

Vorname des Ehegatten: _____
Name: _____
Geb. Datum: _____
Arbeitgeber: _____
Beruf: _____
Telefon: _____
Mobil: _____
E-Mail: _____

Versicherungsart

- gesetzlich versichert Zusatzversicherung für Kieferorthopädie freiwillig versichert
 Beihilfe privat versichert Postbeamtenkrankenkasse
 Basistarif einer privaten Versicherung Beihilfe Restkostenversicherung / Ergänzungstarif

Name des Zahnarztes: _____

Name des Hausarztes: _____

Wie sind sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

Empfehlung: Bekannte/Verwandte: _____ Name Arzt/Zahnarzt: _____ Name
 Werbung (Anzeige, Tagespresse/Fachzeitschrift etc.) Praxishomepage: www.blue-ortho.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, Tuberkulose)? ja nein
Wenn ja, welche? _____
- Sind Sie zur Zeit in Ärztlicher Behandlung? ja nein
- Sind oder waren Sie in psychotherapeutischer Behandlung? ja nein
- 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? ja nein

- 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

- Gehen Sie zu regelmäßigen Kontrollen zum Zahnarzt? ja nein
- Gehen Sie regelmäßig zur professionellen Zahnreinigung? ja nein

Eigene Anmerkungen: _____

Das Merkblatt „Richtige Zahnpflege“ habe ich erhalten und zur Kenntnis genommen. Alle Behandlungsgeräte verbleiben im Eigentum des Kieferorthopäden. Hiermit melde ich mich zur kieferorthopädischen Diagnostik/Behandlung an.

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.