



KIEFERORTHOPÄDEN

## Patientenaufnahme

Vorname: ..... Nachname: .....

geboren am: .....

Straße: ..... PLZ, Wohnort: .....

Telefon privat: ..... mobil: .....

geschäftlich: ..... Mail: .....

Name des Hauptversicherten: ..... geb. am: .....

Beruf: ..... Arbeitgeber: .....

Name der gesetzlichen Krankenversicherung: .....

Name der privaten Krankenversicherung: .....

Sind Sie freiwillig versichert?  ja /  nein

Sind Sie beihilfeberechtigt?  ja /  nein

Zahnarzt: ..... Kinderarzt: .....

Kieferorthopädische Vorbehandlung?  ja /  nein

wenn ja, wo?: .....

Ist Ihr Kind zurzeit in ärztlicher Behandlung?  ja /  nein

wenn ja, warum?: .....

Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein?  ja /  nein

wenn ja, welche?: .....

Besteht eine Allergie?  ja /  nein

wenn ja, wogegen?: .....

Besteht bzw. bestand eine (ansteckende) Erkrankung?

Hepatitis („Gelbsucht“)  ja /  nein

TBC (=Tuberkulose)  ja /  nein

Heuschnupfen  ja /  nein

Herzleiden  ja /  nein

Blutgerinnungsstörung  ja /  nein

Salmonellose  ja /  nein

HIV-positiv  ja /  nein

Asthma  ja /  nein

Diabetes  ja /  nein

Epilepsie  ja /  nein

sonstige Allgemeinerkrankungen?: .....



KIEFERORTHOPÄDEN

Besteht eine Schwangerschaft bei Ihrer Tochter?  ja /  nein

Ist Ihr Kind in den letzten Monaten im Kopfbereich geröntgt worden?  ja /  nein

Hat Ihr Kind Beschwerden im Bereich der Kiefergelenke / Kaumuskulatur?  ja /  nein

Knirscht Ihr Kind mit den Zähnen?  ja /  nein

War Ihr Kind bereits beim Hals- Nasen- Ohrenarzt?

Nein

Beratung

Polypen entfernt

Mandeln entfernt

Atmet Ihr Kind normalerweise...

durch die Nase

durch den Mund

erschwerte Nasenatmung

schnarcht nachts

Wurde bereits eine logopädische Behandlung (Sprechübungen) durchgeführt?  ja /  nein

Spielt Ihr Kind ein Instrument?  ja /  nein

wenn ja, welches?: .....

Treibt Ihr Kind eine Sportart intensiv?  ja /  nein

wenn ja, welche?: .....

Ist Ihr Kind an einer Zahnregulierung interessiert?  weniger  ja /  nein

Putzt Ihr Kind unaufgefordert die Zähne?  ja /  nein

Hält Ihr Kind Ordnung?  gut  durchschnittlich  schlecht

Wie sind die Schulleistungen?

sehr gut

gut

zufriedenstellend

ausreichend

teilweise mangelhaft

Wodurch sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Internet

Gelbe Seiten

Zahnarzt

Plakatwerbung Bundesallee

Freunde / Bekannte

Sonstiges: .....

Haben Sie weitere behandlungsbedürftige Kinder?  ja /  nein



KIEFERORTHOPÄDEN

**Datenschutz und Sicherheit:**

Hiermit willige ich ein, dass die/der behandelnde Kieferorthopädin/e die von meinem Kind erhobenen Daten verarbeiten und elektronisch/analog speichern darf und, soweit dies für die Behandlung notwendig ist, mit den Kollegen in der Gemeinschaftspraxis austauschen darf. Die Einwilligung betrifft auch die in der Gemeinschaftspraxis angestellten Mitarbeiter.

**Befundübermittlung:**

Hiermit willige ich ein, dass die/der behandelnde/r Kieferorthopädin/e von der ärztlichen Schweigepflicht entbunden wird. Ich erkläre mich einverstanden, dass die zahnärztlichen Behandlungsunterlagen an folgenden mitbehandelnden Zahnarzt/Kieferchirurgen/Klinik übermittelt werden:

.....

**Recall:**

Ich bin grundsätzlich damit einverstanden, dass Sie mich/uns in Ihr Erinnerungssystem aufnehmen um mich/uns ggf. an Termine und Untersuchungen zu erinnern.

Haben wir noch etwas vergessen? Möchten Sie uns noch etwas mitteilen?

.....  
.....  
.....

Wir bitten Sie, alle Angaben vollständig und wahrheitsgemäß auszufüllen. Ihre Angaben werden streng vertraulich behandelt. Sie unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht § 203 des Strafgesetzbuches sowie den Bestimmungen des Datenschutzgesetzes.

Wuppertal, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Der Patient bzw. gesetzliche Vertreter