

Herzlich Willkommen!

Um Sie/ Ihr Kind individuell und sicher behandeln zu können, benötigen wir einige Angaben zur zahnmedizinischen/ kieferorthopädischen sowie allgemeinmedizinischen Vorgeschichte.

Selbstverständlich unterliegen Ihre Angaben der ärztlichen Schweigepflicht und dem Datenschutz.

Bitte teilen Sie uns Änderungen der Angaben vor jeder Behandlung mit.

Haben Sie Fragen oder gibt es Unklarheiten beim Ausfüllen, helfen wir Ihnen gern weiter!

Nachname des Patienten		Nachname des Versicherten	
Vorname des Patienten	Geburtsdatum	Vorname des Versicherten	Geburtsdatum
Straße, Hausnummer		Arbeitgeber	
PLZ, Ort		Geschwister des Patienten in Behandlung	
Telefon-Nr.		Handy-Nr.	
Haus-Zahnarzt			
Krankenkasse		Zahnzusatzversicherung vorhanden?	

Mit einer Kontaktaufnahme per SMS (z.B. zur Terminbestätigung) bin ich einverstanden.

Bitte wenden ->

	Ja	Nein
Liegt / lag jemals eine der folgenden Erkrankungen vor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Asthma		
<input type="checkbox"/> Herzleiden		
<input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung		
<input type="checkbox"/> Rheuma		
<input type="checkbox"/> Andere:		
<input type="checkbox"/> Diabetes		
<input type="checkbox"/> Epilepsie		
<input type="checkbox"/> HIV		
<input type="checkbox"/> Osteoporose		
<input type="checkbox"/> Hepatitis		
<input type="checkbox"/> Tuberkulose		
<input type="checkbox"/> Rachitis		
<input type="checkbox"/> Krebs		
Werden Medikamente eingenommen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja: Welche?		
Wird ein Mittel eingenommen, welches die Blutgerinnung hemmt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Marcumar		
<input type="checkbox"/> Sintrom		
<input type="checkbox"/> Thrombo ASS		
<input type="checkbox"/> Anderes:		
Besteht eine Blutungsneigung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tragen Sie einen Herzschrittmacher oder eine Herzklappenprothese?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Allergien bekannt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja: welche?		
Rauchen Sie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Für weibliche Patientinnen: Besteht eine Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wurde schon einmal kieferorthopädisch behandelt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja: wann und wo?		
Bestehen Probleme mit der Nasenatmung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wurden HNO-ärztliche Eingriffe durchgeführt? (z.B. Polypen, Paukenröhrchen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja: welche und wann?		
Wurde/ wird eine logopädische Behandlung durchgeführt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja: wann und wo?		
Bestehen Beschwerden im Kiefergelenk?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bestehen regelmäßig Kopf- oder Gesichtsschmerzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wurden in den letzten 2 Jahren Röntgenaufnahmen der Zähne/ Kiefer angefertigt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja: wann und wo?		

Ich habe die „Patienteninformation zum Datenschutz“ zur Kenntnis genommen und stimme ihr zu.

Norden,