



Name, Vorname des Patienten

Geb. Datum

Beruf

PLZ, Wohnort, Straße

Telefon (mit Vorwahl)

Handy

E-Mail

Name des Versicherten

Krankenkasse

Wie sind Sie versichert

 Pflicht Freiwillig Beihilfe Privat Zusatzversicherung für Kieferorthopädie

Empfohlen durch:

 Zahnarzt Bekannte Schule selbst bemerkt Internetrecherche

Allgemeinmedizinische Fragen:

Infektionskrankheiten (Hepatitis A, B, C, Aids, Tuberkulose etc.)	Ja	Nein
Blutungsneigung	Ja	Nein
Stoffwechselkrankheiten (z. B. Diabetes)	Ja	Nein
Asthma	Ja	Nein
Anfallsleiden (Epilepsie)	Ja	Nein
Herz-Kreislaufferkrankungen	Ja	Nein
Allergien	Ja	Nein
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?	Ja	Nein

Kieferorthopädisch relevante Fragen:

Was stört Sie besonders an Ihren Zähnen oder im Gesichtsbereich?

Wie stark ist Ihre Motivation, dieses Problem zu beseitigen?

Haben Sie Schmerzen im Gesichtsbereich, die Sie sich nicht erklären können? Ja Nein

Wenn ja, welche Symptome haben Sie _____

Kopf- oder Nackenschmerzen? Ja Nein

Knirschen Ja Nein Beschwerden in der Kaumuskulatur Ja Nein

Migräne Ja Nein Eingeschränkte Mundöffnung Ja Nein

Spielen Sie ein Blasinstrument? Wenn ja, welches _____ Ja Nein

Waren Sie schon einmal in kieferorthopädischer Behandlung? Ja Nein

Wurde in den letzten 12 Monaten im Kopf/Kieferbereich geröntgt? Ja Nein

Bitte wenden →

Informationspflicht

Ich bestätige hiermit alle Angaben wahrheitsgemäß und vollständig gemacht zu haben und eintretende Veränderungen während der Behandlung unverzüglich der Praxis mitzuteilen. Alle meine Angaben dienen der vertrauensvollen Zusammenarbeit und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Ich bin damit einverstanden, daß meine Angaben für interne Zwecke der Praxisverwaltung und der Abrechnung auf Datenträger gespeichert werden.

Wir arbeiten mit einem der modernsten EDV-Planungssysteme und können Ihnen so kurze Wartezeiten garantieren.

Wir möchten Sie aber darauf hinweisen, daß Sie diesen Service nur dann perfekt nutzen können, wenn Sie die Termine pünktlich einhalten, bzw. rechtzeitig vorher umbuchen.

Die Rechnungsstellung bei privat Versicherten bzw. beihilfeberechtigten Patienten erfolgt nach der aktuell geltenden Gebührenordnung.

Ich weise darauf hin, daß Ihre Versicherung bzw. Beihilfe je nach Ihrem Vertrag eventuell nicht den vollen Betrag erstattet. Auch in diesem Fall ist der volle Rechnungsbetrag zu begleichen.

Hinweis

Die kieferorthopädische Behandlung bei gesetzlich versicherten Erwachsenen (über 18 Jahre) wird nur in Ausnahmefällen von der Krankenkasse erstattet.

Daher fällt bei diesen Patienten in unserer Praxis für eine ausführliche kieferorthopädische Erstberatung eine zusätzliche Gebühr von EUR 20,10 an. Wenn Sie dies nicht wünschen, informieren Sie uns bitte vorab.

Datum: _____ **Unterschrift:** _____