

Herzlich willkommen in der Fachzahnarztpraxis für Kieferorthopädie Katja Chromy und Dr. Ulrich Kritzler! 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:	<input type="text"/>	Tel.-Nr.:	<input type="text"/>
Vorname:	<input type="text"/>	Mobil:	<input type="text"/>
Straße, Nr:	<input type="text"/>	Krankenkasse:	<input type="text"/>
PLZ/Ort:	<input type="text"/>	<small>(Name und Ort)</small>	<input type="text"/>
Geb. Datum:	<input type="text"/>	Geburtsort:	<input type="text"/>

### Versicherter

Name:	<input type="text"/>	Vorname des Ehegatten:	<input type="text"/>
Vorname:	<input type="text"/>	Geb. Datum:	<input type="text"/>
Geb. Datum:	<input type="text"/>	Arbeitgeber:	<input type="text"/>
Arbeitgeber:	<input type="text"/>	Beruf:	<input type="text"/>
Beruf:	<input type="text"/>	Mobil:	<input type="text"/>
Tel. Gesch.	<input type="text"/>	E-Ma	<input type="text"/>

### Versicherungsart

<input type="checkbox"/> gesetzlich versichert	<input type="checkbox"/> Basistarif einer privaten Versicherung
<input type="checkbox"/> freiwillig versichert	<input type="checkbox"/> Zusatzversicherung für Kieferorthopädie
<input type="checkbox"/> privat voll-versichert	<input type="checkbox"/> Beihilfe

Name des Zahnarztes:	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Name des Hausarztes:	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

<input type="checkbox"/> Bekannte oder Verwandte	<input type="checkbox"/> Internet (Arzt- oder Gesundheitsportale)	<input type="checkbox"/> Internet (Praxisseite)
--	---	---

<input type="checkbox"/> Werbung (Marktkauf)	<input type="checkbox"/> Sonstiges: <input type="text"/>
--	--

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 der 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.

BITTE RÜCKSEITE BEACHTEN!

Datum:	<input type="text"/>	Unterschrift:	<input type="text"/>
--------	----------------------	---------------	----------------------

## Allgemeine Gesundheitsangaben

- Bestehen allgemeinmedizinische Erkrankungen (Herz, Leber, Niere, Blutgerinnungsstörungen, Asthma, Zuckerkrankheiten) oder Infektionskrankheiten (Hepatitis, Aids)?  
Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_ ja  nein
- Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?  
Welche und wozu? \_\_\_\_\_ ja  nein
- Bestehen Allergien oder Unverträglichkeiten?  
Welche? \_\_\_\_\_ ja  nein

## 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?  
Bei welchem Arzt? \_\_\_\_\_ ja  nein
- 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?  
Welche? \_\_\_\_\_ ja  nein
- Besteht oder bestand Zähneknirschen oder Zähnepressen?  
Bis wann? \_\_\_\_\_ ja  nein
- Gab es Unfälle mit Beteiligung der Zähne und des Kiefers?  
Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_ ja  nein
- Besteht Mundatmung oder häufige Erkältung oder Schnarchen?  
Was? \_\_\_\_\_ ja  nein
- Waren Sie bereits in Behandlung eines Hals-Nasen-Ohrenarztes?  
Wann und was wurde gemacht? \_\_\_\_\_ 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.