



Herzlich willkommen in der Fachzahnarztpraxis für Kieferorthopädie Dr. Ulrich Kritzler und und Katja 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

Patient

Name:	<input type="text"/>	Tel.-Nr.:	<input type="text"/>
Vorname:	<input type="text"/>	Mobil:	<input type="text"/>
Straße, Nr:	<input type="text"/>	Krankenkasse: (Name und Ort)	<input type="text"/>
PLZ/Ort:	<input type="text"/>		<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-Mail:	<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?

- Bekannte oder Verwandte Internet (Arzt- oder Gesundheitsportale) Internet (Praxisseite)

- Werbung (Marktkauf) 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 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, Zuckerkrankheiten) oder Infektionskrankheiten (Hepatitis, Aids)? ja nein
Wenn ja, welche? _____
- Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein? ja nein
Welche und wozu? _____
- Bestehen Allergien oder Unverträglichkeiten? ja nein
Welche? _____

Fragen zur Röntgenuntersuchung

- Wurde innerhalb der letzten 12 Monate im Kopf/Kieferbereich geröntgt? ja nein
- Bei Mädchen: Besteht derzeit eine Schwangerschaft? ja nein

Fragen aus kieferorthopädischen Gründen

- Wurde schon einmal kieferorthopädisch behandelt oder untersucht? ja nein
bei welchem Arzt? _____
- Wurde die Behandlung abgebrochen? 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 oder des Kiefers? ja nein
Wenn ja, welche? _____
- Besteht Mundatmung oder häufige Erkältung oder Schnarchen? ja nein
Was? _____
- War Ihr Kind bereits in Behandlung bei einem Hals-Nasen-Ohrenarzt? ja nein
wenn ja, was wurde gemacht? Mandeln wurden entfernt Polypen wurden entfernt
Sonstiges: _____
- Bestand oder besteht Zungenpressen, Lippenbeißen, Nägelkauen, Bleistiftkauen? ja nein
Bis wann? _____
- Waren oder sind Geschwister in kieferorthopädische Behandlung? ja nein
Bei welchem Arzt? _____
- Liegen ähnlich Fehlstellungen in der Familie vor? ja nein
Welche und bei wem? _____
- Gibt es Nichtanlagen von Zähnen in der Familie? ja nein
Welche und bei wem? _____
- Wann kamen die ersten Milchzähne? Vor dem 6. - 7. Mon.: _____ nach dem 8. Mon.: _____
- Besteht ein Sprachfehler (z.B. Lispeln) oder wurde bereits eine logopädische Behandlung durchgeführt? Wenn ja, wann? ja nein _____
- Bestand od. besteht Daumenlutschen, Nägelkauen od. wurde/wird noch ein Schnuller genommen? Wenn ja bis wann? ja nein _____
- Ist oder war Ihr Kind in psychotherapeutischer Behandlung? ja nein