



ORTHOZAHN®

**Fachpraxis für Kieferorthopädie
Kinder- und Erwachsenenbehandlungen
Dr.-medic.stom.M.-Christina Spikowitsch
Lerchesflurweg 77
66119 Saarbrücken**



Telefon: 06 81/ 68 87 80 01

E-Mail: info@orthozahn.com
www.orthozahn.com

ORTHOZAHN® • Lerchesflurweg 77 • 66119 • Saarbrücken

Herzlich willkommen in unserer Praxis!

Bevor wir uns in Ruhe über Ihre kieferorthopädischen Wünsche oder Sorgen unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine adäquate und risikofreie Behandlung. Selbstverständlich unterliegen alle Angaben der ärztlichen Schweigepflicht. Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie die Richtigkeit Ihrer Angaben und erklären Ihr Einverständnis zu der Speicherung und Verarbeitung Ihrer Daten.

Datum : _____

Name des Patienten: _____

geb. am: _____

Geschlecht: männlich weiblich divers

Anschrift: _____

PLZ/ Wohnort: _____

Tel.: _____

Versicherter (Elternteil?)

Name: _____

Vorname: _____

geb. am: _____

Anschrift: _____

PLZ/Wohnort: _____

Tel.: _____

E-Mail: _____

Mein Zahnarzt

Name: _____

Ort: _____

Wie sind Sie versichert?

Gesetzliche Krankenkasse:

Privat zusatzversichert:

Private Krankenversicherung bei:

Datenschutz

Sofern es für die Behandlung erforderlich ist, entbinde ich hiermit die behandelnden Zahnärzte / Ärzte von ihrer Schweigepflicht, damit dort noch notwendige Auskünfte bezüglich dieser Behandlung eingeholt werden können.

Wir erheben, verarbeiten und nutzen die personenbezogenen Daten unserer Patienten, bzw. deren Eltern oder Sorgeberechtigten entsprechend der gesetzlichen Bestimmungen zum Zweck der kieferorthopädischen Behandlung, Dokumentation und Abrechnung. Ein „Öffentliches Verzeichnisse für Jedermann“ gemäß § 4g des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) überlassen wir Ihnen gerne zur Einsicht. Mit Ihrer Unterschrift geben Sie **auch Ihre Zustimmung** zur o. g. Erhebung, Verarbeitung und Nutzung dieser Daten.

Allgemeine Anamnese

- Beindet sich der Patient zurzeit in ärztlicher Behandlung? Nein Ja Praxis :
- Besteht eine Schwangerschaft? Nein Ja
- Wurde bereits ein HNO-Arzt aufgesucht ? Nein Ja
- oder ein Logopäde aufgesucht? Nein Ja
- Drogen- oder Alkoholsucht Nein Ja

Medikamente

- Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja, welche? Nein Ja.

Allergien

- Verdacht auf Überempfindlichkeit auf Medikamente / Materialien? Nein Ja
- Allergisches Asthma Nein Ja
- Besitzen Sie einen Allergiepass? Nein Ja

Kieferorthopädische Anamnese

- Ist der Patient bereits kieferorthopädisch behandelt worden? Nein Ja, wann. , wo.
- Ist zuvor schon einmal eine kieferorthopädische Untersuchung/
Beratung erfolgt? Nein Ja
- Wurde über das dritte Lebensjahr am Daumen / Schnuller gelutscht? Nein Ja
- Kiefergelenksschmerzen Nein Ja
- Verletzungen an Kiefer und / oder Zähnen Nein Ja
- Auffälligkeiten bei der Aussprache Nein Ja
- Verlegung oder Behinderung der Nasenatmung Nein Ja
- Wurde in den letzten 12 Monaten im Kopf-Kiefer-Zahnbereich geröntgt? Nein Ja
- Skoliose Nein Ja wieviel Grad
- Müssten Sie Einlagen tragen? Nein Ja
- Rückenschmerzen Nein Ja, wo.
- Regelmäßige Kopfschmerzen Nein Ja, wie oft.
- Nackenschmerzen, Muskelschmerzen Nein Ja
- Beckenschmerzen Nein Ja
- Knieschmerzen Nein Ja
- Knöchel- Fusschmerzen Nein Ja

Vegetative Erkrankungen

- Hatten Sie schon Ohnmachtsanfälle? Nein Ja

Herz- / Kreislaufferkrankungen

- Herzinsuffizienz Nein Ja
- Herzinfarkt Nein Ja
- Herzrhythmusstörungen Nein Ja
- Hypertonie Nein Ja
- Hypotonie Nein Ja
- Herzpass vorhanden Nein Ja

Erkrankungen des Nervensystems

- Leiden Sie unter epileptoformen Anfällen o. Krämpfen? Nein Ja

Stoffwechselerkrankungen

- Diabetes Nein Ja
- Schilddrüsenerkrankungen Nein Ja
- Sonstiges Nein Ja

Bluterkrankungen

Blutungsneigung (Hämophilie)

 Nein Ja

Blutarmut (Anämie)

 Nein Ja

Sonstiges

 Nein Ja**Infektionskrankheiten**Hatten Sie Leberentzündungen/Gelbsucht?
(Hepatitis A/B/C, non A-non-B) Nein Ja Nein Ja

Tuberkulose

 Nein Ja

HIV

 Nein Ja

Sonstiges

 Nein Ja**Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?**

- Empfehlung Zahnarzt
- Internet
- Empfehlung von Bekannten
 - Sonstiges
 -

Vielen Dank für Ihre Mithilfe! Bitte teilen Sie uns etwaige Änderungen der obigen Angaben umgehend mit!

Sonstige Mitteilungen:

Unterschrift: _____