



KIEFERORTHOPÄDIE WALDDÖRFER

Dr. Jessica Ottogreen
Fachzahnärztin für Kieferorthopädie

Gesundheitsfragebogen

Patient/in:

Name	Vorname	Titel	geb. am	Geburtsort
_____		Zusatzversicherung ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>		
Krankenkasse/ Private Krankenversicherung		Beihilfeberechtigt ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>		
Name der Schule: _____			Beruf: _____	
Hobbys: _____				

Anschrift:

Straße		Hausnummer	
_____		_____	
Postleitzahl		Ort	
_____		_____	

Telefon:

Festnetz		Mobil	
_____		_____	
Email			

Versicherte/r:

Name	Vorname	Titel	geb. am
------	---------	-------	---------

Anschrift:

Straße		Hausnummer	
_____		_____	
Postleitzahl		Ort	
_____		_____	
Festnetz		Mobil	
_____		_____	

Unsere Praxis wurde Ihnen empfohlen durch/ Sie sind aufmerksam geworden anhand:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Zahnarzt | <input type="checkbox"/> Praxisflyer |
| <input type="checkbox"/> Bekanntenkreis , Familie: _____ | <input type="checkbox"/> Anzeige (Monat und Jahr: _____) |
| <input type="checkbox"/> Praxishomepage | <input type="checkbox"/> Postwurfsendung (Monat und Jahr: _____) |
| <input type="checkbox"/> Gelbe Seiten | <input type="checkbox"/> Praxis selber entdeckt |

Name und Anschrift Ihres Zahnarztes: _____

Was ist Ihr Hauptanliegen? _____

Ich nehme am Prophylaxeprogramm meines Zahnarztes teil? ja nein

Erfolgte bereits eine kieferorthopädische Behandlung? ja nein

Wo? _____ Wann? _____

Allgemeine Erkrankungen

Bestehen schwerwiegende Krankheiten (z.B. Rachitis, Diabetes, Asthma, Tuberkulose, Epilepsie, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Herzfehler, Gelbsucht, AIDS, Immunerkrankungen, Blutungsneigung oder sonstige Krankheiten?)

Wenn ja, welche? _____ ja nein

Liegen Allergien vor? ja nein

Wenn ja, welche? _____

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? ja nein

Wenn ja, welche? _____

Röntgen

Mit den für die Behandlung notwendigen Röntgenaufnahmen erkläre ich mich einverstanden

ja nein

Wurde bereits eine Röntgenaufnahme im Kieferbereich durchgeführt?

ja nein

Wenn ja, war das innerhalb der letzten 12 Monate?

ja nein

Besteht eine Schwangerschaft?

ja nein

Lagen schon Operationen oder Unfälle im Gesichts- oder Kieferbereich vor?

ja nein

Gewohnheiten

Lag eine Lutschgewohnheit vor?

ja nein

Wenn ja bis wann? _____

Nägelkauen?

ja nein

Lippenbeißen?

ja nein

Sprachfehler?

ja nein

Atemfunktion

Atmungsprobleme (z.B. Asthma) ?

ja nein

Mundatmung, Schlafen mit offenem Mund?

ja nein

Schnarchen?

ja nein

Waren oder sind Sie in Hals-Nasen-Ohrenärztlicher Behandlung?

ja nein

Kiefergelenk/ Orthopädie/ Osteopathie

Kiefergelenkknacken?

ja nein

Kiefergelenkschmerzen?

ja nein

Mundöffnungseinschränkung?

ja nein

Zähneknirschen?

ja nein

Nacken- oder Rückenschmerzen?

ja nein

Waren oder sind Sie in orthopädischer/ osteopathischer Behandlung?

ja nein

Wünschen Sie eine Terminerinnerung, falls ein Wiedervorstellungstermin notwendig wird? ja nein

Diese Angaben sind für eine vertrauensvolle Zusammenarbeit und sachgerechte medizinische Behandlung erforderlich. Ich bin damit einverstanden, dass sie z.B. aus abrechnungstechnischen Gründen an die KZV (Kassenzahnärztliche Vereinigung) oder eine andere Verrechnungs- bzw. Begutachtungsstelle weitergeleitet werden. Ich bin darüber informiert und damit einverstanden, dass diese Angaben sowie Untersuchungsbefunde und Dokumente mit Fachkollegen besprochen bzw. bei Behandlungsübernahme durch einen Fachkollegen an diesen weitergegeben werden dürfen. Röntgenbilder, Modelle und kieferorthopädische Apparaturen bleiben Eigentum des Behandlers.

Die im Verlauf der Behandlung angefertigten fotografischen Aufnahmen, Röntgenbilder, Gebissabdrücke sowie Arztbriefe dürfen in nicht verschlüsselter Form per Mail oder postalisch weitergeleitet werden.

Diese Weitergabe erfolgt ausschließlich an den behandelnden Zahnarzt, Hausarzt, ggf. Fachzahnarzt für Oralchirurgie, Facharzt für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie sowie an den behandelnden Logopäden oder Physiotherapeuten.

Durch die Einwilligung entbinde ich insoweit die behandelnde Kieferorthopädin von ihrer ärztlichen Schweigepflicht.

Falls Sie zu einem Termin verhindert sind, sagen Sie bitte 24h vorher ab, um uns die Möglichkeit zu geben, den Termin neu zu vergeben. Für versäumte Termine wird ein Ausfallhonorar in Rechnung gestellt, es sei denn, das Nichterscheinen ist unverschuldet.

Bei Minderjährigen sollten beide Elternteile unterschreiben. Liegt die Unterschrift nur eines Elternteils vor, so versichert der Unterzeichnende zugleich, dass er im Einverständnis mit dem anderen Elternteil handelt oder das alleinige Sorgerecht für das Kind hat.

Hamburg, den _____

Hamburg, den _____

Patient/in, 1. Erziehungsberechtigte/r

2. Erziehungsberechtigte/r