



***Herzlich willkommen in unserer Praxis!***

Sie haben sich einen Termin zur Beratung über eine eventuell notwendige kieferorthopädische Behandlung geben lassen. Wir möchten Sie deshalb sehr herzlich begrüßen und freuen uns auf eine gute Zusammenarbeit. Bevor wir uns in Ruhe über Ihr Anliegen unterhalten, benötigen wir neben den Personalien auch Auskünfte über den allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine adäquate und risikofreie Behandlung.

Ihr Dr. Püstow & Kollegen

**Patient**

**Herr/Frau/Kind**

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ geb. \_\_\_\_\_

Anschrift Patient \_\_\_\_\_

E-Mail-Adresse (Angabe freiwillig) \_\_\_\_\_

Telefon privat \_\_\_\_\_

Telefon dienstlich \_\_\_\_\_

**Versicherter/**

**Rechnungsempfänger**

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ geb. \_\_\_\_\_

Anschrift Versicherter/Rechnungsempfänger \_\_\_\_\_

Telefon privat \_\_\_\_\_

Telefon dienstlich \_\_\_\_\_

**Beruf**

(Angabe freiwillig) \_\_\_\_\_

**Arbeitgeber**

**Krankenkasse**

**oder Versicherung**

freiwillig versichert

ja  nein

**Sorgeberechtigter, wenn nicht beide Eltern gemeinsam**

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ geb. \_\_\_\_\_

Anschrift Sorgeberechtigter \_\_\_\_\_

**Familienmitglieder in Kfo-Behandlung / Beratung / Retention**

**Für Kassenpatienten:** Wir benötigen die Krankenversichertenkarte bei jedem Erstbesuch im Quartal. Liegt sie uns auch 14 Tage nach der Behandlung nicht vor, müssen wir eine Privatrechnung nach der GOZ ausstellen!

Diese Angaben unterliegen selbstverständlich der Schweigepflicht und den Regelungen zum Datenschutz. Eine Erklärung zum Datenschutz nach Art. 13 DSGVO hängt im Wartezimmer aus und ist ebenfalls auf unserer Homepage – [www.kfo-rendsburg.de](http://www.kfo-rendsburg.de) – zu finden.

Auf Grund sehr guter Erfahrungen behandeln wir in unserer Praxis mehrere Patienten gleichzeitig in einem Behandlungsraum. Wir sind der festen Überzeugung, dass dieses eventuelle Ängste bei Kindern abbauen kann. Persönliche Gespräche werden selbstverständlich diskret im separaten Besprechungszimmer geführt. **Bitte wenden!**

Ist der Patient schon in kieferorthopädischer Behandlung gewesen?  ja  nein

wenn ja, wann und wo: .....

Bestehen Beschwerden im Bereich der Kiefergelenke oder Kaumuskulatur?  ja  nein

Besteht zur Zeit eine akute oder chronische Erkrankung?  ja  nein

wenn ja, welche: .....

Werden regelmäßig Medikamente eingenommen?  ja  nein

wenn ja, welche: .....

Bestehen irgendwelche schwerwiegenden Krankheiten?  ja  nein

(Rachitis, Diabetes, Tuberkulose, Asthma, Epilepsie, Herzfehler, Allergie (z. B Latexallergie), AIDS, Gelbsucht, Blutungsneigung, Multiresistente Erreger, sonstige Krankheiten?)

wenn ja, welche: .....

Wurden in den letzten 12 Monaten Röntgenaufnahmen im Zahn-Kieferbereich angefertigt?  ja  nein

wenn ja, wann und wo: .....

Zahnarzt? .....

Wird beim Zahnarzt regelmäßig ein Zahnputzprogramm durchgeführt (Individualprophylaxe)?  ja  nein

Auf wessen Empfehlung haben Sie uns aufgesucht? Zahnarzt:  ja  nein

Schulzahnarzt:  ja  nein

auf eigenen (der Eltern) Wunsch:  ja  nein

auf eine sonstige Empfehlung hin: .....

<b>Gewohnheiten</b>	Schnuller	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> früher	Lippenbeißen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Lutschen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> früher	Zungenbeißen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Nägelkauen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		Sprachfehler	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Mundatmung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		Knirschen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Welches Blasinstrument wird gespielt? .....

Welche Sportart wird ausgeübt? .....

**Vielen Dank für Ihre Mithilfe! Bitte teilen Sie uns Änderungen der obigen Angaben mit.**

Ich habe das Voranstehende gelesen und verstanden und hatte Gelegenheit, dazu Fragen zu meiner näheren Information zu stellen. Meine Angaben zum Gesundheitszustand erfolgten nach bestem Wissen.

Ich habe Interesse am Erinnerungsservice bzw. Recall  ja  nein

**Diese Angaben kann ich jederzeit ohne Angaben von Gründen mit Wirkung für die Zukunft widerrufen.**

**Datum/Unterschrift des Patienten, der Eltern bei Minderjährigen**

PA(Form9)