

Patientenfragebogen

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.

Name, Vorname	Geburtsdatum	Geschlecht
---------------	--------------	------------

Straße, Hausnummer	PLZ, Ort
--------------------	----------

Telefon (privat)	Handynummer
------------------	-------------

Telefon (geschäftlich)	E-Mail-Adresse
------------------------	----------------

Beruf	Arbeitgeber
-------	-------------

Name der Versicherung/Krankenkasse

Sind Patient und Versicherter/Zahlungspflichtiger nicht identisch, bitte die folgenden Angaben ergänzen:

Name, Vorname (Zahlungspflichtiger)	Geburtsdatum
-------------------------------------	--------------

Straße, Hausnummer	PLZ, Ort
--------------------	----------

Einverständniserklärung bei der Behandlung Minderjähriger

Hat der Patient das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet, ist für eine Behandlung (außer akuter Schmerzbehandlung) die Einverständniserklärung des Erziehungsberechtigten notwendig:

Ort, Datum

Erziehungsberechtigter

Bitte beantworten Sie folgende Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand so genau wie möglich:

Gesundheitszustand

bitte ankreuzen

Zusatzinformation

Herz-Kreislauf-Erkrankungen: _____

Medikamente: _____

Herzoperation: ja nein

Herzschrittmacher: ja nein

Infektionserkrankungen: _____

HIV: ja nein

Hepatitis: ja nein

Tuberkulose: ja nein

Andere: ja nein

Allergien/Unverträglichkeiten

Latex: ja nein

Kunststoff: ja nein

Metalle: ja nein

Andere: ja nein

Weitere Erkrankungen: _____

Medikamente: _____

Blutgerinnungsstörungen: ja nein

Asthma: ja nein

Epilepsie: ja nein

Ohnmachtsneigung: ja nein

Andere: ja nein

Allgemeine Angaben

Regelmäßige Medikamente: ja nein wenn ja, seit wann? Bezeichnung:

Frühere Röntgenuntersuchung d. Zähne ja nein wenn ja, Datum:

Besitzen Sie einen Röntgenpass: ja nein

Schwangerschaft: ja nein wenn ja, Schwangerschaftsmonat:

Hauszahnarzt: _____

Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam? _____

Wichtige Information:

Um Ihnen Wartezeiten zu ersparen und einen reibungslosen Ablauf in unserer Praxis zu gewährleisten, werden Behandlungszeiten in unserer Bestellpraxis ausschließlich für Ihre Behandlung reserviert. Sollten Sie verhindert sein, bitten wir Sie dringend uns rechtzeitig, spätestens 24 Stunden vorher, Ihre Verhinderung mitzuteilen, damit der Termin möglichst anderweitig vergeben werden kann. Sollte dies bei Langzeitterminen nicht geschehen, sind wir im Sinne des § 615 BGB berechtigt, ein Ausfallhonorar in Rechnung zu stellen.

- Alle Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden daher streng vertraulich behandelt. Der Speicherung meiner persönlichen Daten stimme ich zu.

- Ich verpflichte mich, Sie umgehend über alle während des Behandlungszeitraumes auftretenden Änderungen zu informieren.
- Um unseren Patienten regelmäßige Kontrolluntersuchungen zu erleichtern, bieten wir die Teilnahme an unserem sogenannten Recall-Service an. Sie werden von uns angeschrieben, um Sie an die Vereinbarung eines Kontrolltermins zu erinnern. Sollten Sie keine Teilnahme an diesem Service wünschen, vermerken Sie dies bitte hier:

Ich wünsche keine Teilnahme an dem Recall-Service:

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die abgedruckten Informationen gelesen und verstanden habe.

Ort, Datum

Unterschrift Patient(in)/gesetzliche(r) Vertreter(in)

**Einverständniserklärung zur Entbindung von der Schweigepflicht
für die Weitergabe von Unterlagen an den weiterbehandelnden Zahnarzt/
Kieferchirurgen/ Gutachter der Krankenkasse**

Kieferorthopädische Praxis
Dr. Jürgen Pfötsch
Gieselerwall 5
38100 Braunschweig
Tel: 0531 17988

Hiermit willige ich ein, dass mein behandelnder Kieferorthopäde von der ärztlichen Schweigepflicht entbunden wird. Ich erkläre mich einverstanden, dass meine kieferorthopädischen Behandlungsunterlagen an die/den

weiterbehandelnde/n Zahnärztin/Zahnarzt

Kieferchirurgen.....

Gutachter der GKV.....

übermittelt werden.

Darüber hinaus willige ich ein, dass mein Kieferorthopäde auf Anforderung der o.g. weitere Informationen über die betreffende Behandlung erteilt.

Name, Vorname Patient/in:

.....
Datum

.....
Unterschrift Patient/in/ Erziehungsberechtigter