



Herzlich willkommen in Ihrer kieferorthopädischen Fachpraxis Dr. Britta Konietzny. Wir möchten uns mit Ihnen in Ruhe über Ihre kieferorthopädischen Wünsche unterhalten und Sie umfassend beraten. Dazu benötigen wir für den Beratungstermin neben Ihren Personalien auch medizinische Auskünfte. Wir nehmen Ihre Angaben selbstverständlich diskret entgegen.

Patient

Name: _____ Tel. Nr.: _____

Vorname: _____ Mobil: _____

Geburtsdatum: _____ Krankenkasse: _____

Straße, Nr.: _____ Beruf: _____

PLZ/Ort: _____ Arbeitgeber: _____

E-Mail: _____ Tel. gesch.: _____

Versicherungsart

- gesetzlich versichert
 Beihilfe
 privat voll-versichert
 freiwillig versichert
 Zusatzversicherung für Kieferorthopädie

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

Empfehlung von:
 Bekannte / Verwandte: _____ Arzt / Zahnarzt: _____
Name Name

Werbung (Anzeige, Tagespresse/Fachzeitschrift etc.)
 Gelbe Seiten
 zus. informiert auf **www.dr-konietzny.de**

Internet:
 Google
 Arzt- oder Gesundheitsportale, welche? _____

Sonstiges: _____

Diese Angaben sind für eine vertrauensvolle Zusammenarbeit wie auch eine sachgerechte medizinische Behandlung erforderlich. Ihre Angaben werden streng vertraulich behandelt. Sie unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht gemäß § 203 des Strafgesetzbuches sowie den strengen Bestimmungen des Datenschutzgesetzes. Nur im Rahmen der Zusammenarbeit mit einer Abrechnungsgesellschaft werden abrechnungsspezifische Daten an diese weitergegeben.

Moderne Kieferorthopädie bedarf, wie alle medizinischen Bereiche, der Teamarbeit. Daher werden Teilleistungen auch von aus- und fortgebildeten Zahnarzhelferinnen nach vorheriger individueller Anordnung durch den Kieferorthopäden und unter dessen Aufsicht, Überwachung und Kontrolle erbracht. Wir möchten Sie bitten, vorhandene Röntgenaufnahmen des Kieferbereichs mitzubringen.

Für gesetzlich versicherte Patienten

Ihre Krankenversicherung verlangt, dass die Krankenversicherungskarte zu jedem Praxisbesuch mitgebracht werden soll. Liegt die Versicherungskarte innerhalb von 14 Tagen nach der Behandlung (bzw. zur Rechnungsstellung) nicht vor, so muss die Behandlung als Privatbehandlung betrachtet werden und eine entsprechende Privatrechnung nach GOZ (Gebührenordnung für Zahnärzte) zugestellt werden.

Ich bin damit einverstanden, dass bei mir -falls erforderlich - Röntgenunterlagen erstellt werden.

Ort, Datum

Unterschrift



Warum sind Sie zu uns gekommen und was können wir für Sie tun?

Allgemeine Gesundheitsangaben

- Wer ist Ihr Hausarzt? (Name) _____
- Wer ist Ihr Zahnarzt? (Name) _____
- Bestehen allgemeinmedizinische Erkrankungen (z.B. Herz-, Leber-, Nieren-, Kreislauferkrankungen, Blutgerinnungsstörungen, Asthma, Diabetes) oder Infektionskrankheiten (Hepatitis, HIV)? Ja Nein
Wenn ja, welche? _____
- Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Welche und wozu? _____ Ja Nein
- Bestehen Allergien oder Unverträglichkeiten? Wenn ja, welche? _____ Ja Nein
- Sind oder waren Sie in psychotherapeutischer Behandlung? Ja Nein

Fragen zur Röntgenuntersuchung

- Wurden Sie innerhalb der letzten 12 Monate im Kopf-/Kieferbereich geröntgt? Ja Nein
- Bei Frauen: Besteht derzeit eine Schwangerschaft? Welcher Monat? _____ Ja Nein

Fragen aus kieferorthopädischen Gründen

- Wurde schon einmal kieferorthopädisch behandelt? Ja Nein
Wenn ja, wann und bei welchem Arzt? _____
- Was stört Sie am meisten an Ihrer Zahn- und Kieferstellung?

- Haben Sie Kiefergelenksbeschwerden? Ja Nein
- Leiden Sie häufig unter Kopfschmerzen, Schmerzen im Gesichtsbereich oder beim Kauen? Ja Nein
Welche? _____
- Knirschen oder pressen Sie mit den Zähnen? Ja Nein
- Gab es Unfälle mit Beteiligung der Zähne oder des Kiefers? Ja Nein
Wenn ja, welche? _____
- Atmen Sie oft durch den Mund, schnarchen Sie oder haben häufig Erkältungen? Ja Nein
Wenn ja, was? _____
- Waren Sie bereits in Behandlung bei einem Hals-Nasen-Ohrenarzt? Ja Nein
Wenn ja, wann und was wurde gemacht? _____

Mundhygiene

- Wie oft putzen Sie Ihre Zähne? _____ mal täglich
- Gehen Sie zu regelmäßigen Kontrollen zum Zahnarzt? Ja Nein
- Gehen Sie regelmäßig zur professionellen Zahnreinigung? Ja Nein
- Leiden Sie manchmal unter Zahnfleischbluten oder -entzündungen? Ja Nein

Eigene Anmerkungen: _____

Nach den Richtlinien unter Punkt 5 (Kieferorthopädie) Abs. 4 des Bundesausschusses der Zahnärzte und gesetzlichen Krankenkassen vom 01. Januar 2004 gehören kieferorthopädische Behandlungen bei Versicherten, die zu Beginn der Behandlung das 18. Lebensjahr vollendet haben, nicht zur vertragszahnärztlichen Versorgung.