



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: _____ Vorname: _____
 Geburtsdatum: _____ Straße, Nr.: _____
 PLZ/Ort: _____ Krankenkasse: _____

Versicherter

Rechnungsempfänger Ja Nein

Name: _____
 Vorname: _____
 Geburtsdatum: _____
 Straße, Nr.: _____
 PLZ/Ort: _____
 Beruf: _____
 Tel. priv./gesch.: _____
 Mobil: _____
 E-Mail: _____

weiterer Erziehungsberechtigter

Rechnungsempfänger Ja Nein

Name: _____
 Vorname: _____
 Geburtsdatum: _____
 Straße, Nr.: _____
 PLZ/Ort: _____
 Beruf: _____
 Tel. priv./gesch.: _____
 Mobil: _____
 E-Mail: _____

Versicherungsart

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

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

Empfehlung von: Bekannte / Verwandte: _____ Name _____ Arzt / Zahnarzt: _____ 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 Versichertenkarte 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) gestellt werden.

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

Ort, Datum

Unterschrift Erziehungsberechtigter

Unterschrift weiterer Erziehungsberechtigter



Warum sind Sie zu uns gekommen und was können wir für Ihr Kind 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? _____
- Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja, welche? _____ Ja Nein
- Liegen Allergien oder Unverträglichkeiten vor? Wenn ja, welche? _____ Ja Nein
- Ist oder war Ihr Kind in psychotherapeutischer Behandlung? Ja Nein
- Liegt ADS oder ADHS vor? Ja Nein

Fragen zur Röntgenuntersuchung

- Wurde Ihr Kind innerhalb der letzten 12 Monate im Kopf-/Kieferbereich geröntgt? Ja Nein
- Bei Mädchen: Besteht derzeit eine Schwangerschaft? Ja Nein

Fragen aus kieferorthopädischen Gründen

- Wurde schon einmal kieferorthopädisch behandelt? Ja Nein
Wenn ja, wann und bei welchem Arzt? _____
- Wurde die Behandlung planmäßig abgeschlossen? Ja Nein
- Waren oder sind Geschwister oder Eltern in kieferorthopädischer Behandlung? Ja Nein
Wenn ja, wann und bei welchem Arzt? _____
- Liegen ähnliche Fehlstellungen in der Familie vor? Ja Nein
Welche und bei wem? _____
- Gibt es Nichtanlagen von Zähnen in der Familie? Ja Nein
Welche und bei wem? _____
- Wann kamen die ersten Milchzähne? Vor dem 6. Mon. 6-8. Mon. nach dem 8. Mon.
- Hat Ihr Kind Kiefergelenksbeschwerden oder -knacken? Ja Nein
- Leidet Ihr Kind häufig unter Kopfschmerzen, Schmerzen im Gesichtsbereich oder beim Kauen? Ja Nein
Welche? _____
- Knirscht oder presst Ihr Kind mit den Zähnen? Ja Nein
- Gab es Unfälle mit Beteiligung der Zähne oder des Kiefers? Ja Nein
Wenn ja, welche? _____
- Atmet Ihr Kind oft durch den Mund, schnarcht es oder hat häufig Erkältungen? Ja Nein
Wenn ja, was? _____
- War Ihr Kind bereits in Behandlung bei einem Hals-Nasen-Ohrenarzt? Wenn ja, wann und was wurde gemacht? Mandeln wurden entfernt Polypen wurden entfernt Sonstiges: _____ Ja Nein
- Hat Ihr Kind einen Sprachfehler (z.B. Lispeln) oder wurde eine logopädische Behandlung durchgeführt? Ja Nein
- Hat Ihr Kind eine Lutschgewohnheit oder eine Gewohnheit wie Nägelkauen oder Lippenbeißen? Ja Nein

Mundhygiene

- Wie oft putzt sich Ihr Kind die Zähne? _____ mal täglich
- Geht Ihr Kind zu regelmäßigen Kontrollen zum Zahnarzt? Ja Nein
- Geht Ihr Kind regelmäßig zur professionellen Zahnreinigung? Ja Nein
- Leidet Ihr Kind manchmal unter Zahnfleischbluten oder -entzündungen? Ja Nein