



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.