****

**Herzlich willkommen in unserer Praxis!**

Bevor wir uns über Ihre kieferorthopädischen Wünsche unterhalten, benötigen wir einige für uns wichtige persönliche Angaben.

**Beim ersten Besuch im Quartal benötigen wir Ihre Krankenversichertenkarte. Liegt sie uns nicht 14 Tage vor der Abrechnung vor, so betrachten wir Sie als Privatpatient und Sie erhalten eine Rechnung nach der privaten Gebührenordnung (GOZ).**

Wir sind immer bemüht, Ihnen lange Wartezeiten zu ersparen. Deshalb bitten wir Sie, falls Sie verhindert sind, vereinbarte Termine mindestens 24 Stunden vorher abzusagen.

**Adresse**

**Patientenname:** ................................. **Vorname:** ...........................**Geburtsdatum:** .........................

**PLZ:**............................... **Wohnort:**...........................................**Straße:**.................................................

**Zahnarzt:**........................................................................................................................................

**Hauptversicherte(r):** .....................................................................................................................

**Geburtsdatum:** ....................... **Krankenkasse**........................ **Beihilfe □ ja □ nein**

**Telefon:** ………………………………… **E-Mail**………………………………………………………….

**Terminvereinbarung/-änderung von Ihnen genehmigt per: □Postkarte □Telefon □EMail**

**Röntgen**

Wurden die Zähne des Patienten schon einmal geröntgt? □ ja □ nein

Wenn ja, war das innerhalb der letzten 12 Monate? □ ja □ nein

**Zahnärztliche Anamnese**

War der Patient schon einmal in kieferorthopädischer □ ja □ nein

Behandlung? (wo..................................... wann.......................)

Waren oder sind Geschwister in kieferorthopädischer Behandlung? □ ja □ nein

**Medizinische Anamnese**

Ist der Patient z. Z. in ärztlicher Behandlung □ ja □ nein

- wenn ja, weshalb ....................................................................

Werden regelmäßig Medikamente eingenommen? □ ja □ nein

- wenn ja, welche:......................................................................

Bestehen irgendwelche schwerwiegenden Krankheiten? □ ja □ nein

(ADHS / ADS, Diabetes, Asthma, Epilepsie, Herzfehler, Allergie, AIDS,

Blutungsneigung, sonstige Krankheiten?)

**Gewohnheiten**

Schnuller □ ja □ nein Daumenlutschen □ ja □ nein

Lippenbeißen □ ja □ nein Zungenbeißen □ ja □ nein

Nägelkauen □ ja □ nein Sprachfehler □ ja □ nein

Mundatmung □ ja □ nein

**Datenschutz:**

Bitte seien Sie sich bewusst, dass unsere Patienten in offenen Zimmern behandelt werden.

Ich genehmige eine Datenweitergabe (z.B. schriftl. Unterlagen, Röntgenbilder, Rezepte, Arztbriefe) an:

Familienangehörige:……………………………………………………………..(, z.B. Eltern, Großeltern)

Hauszahnarzt □ ja □ nein Kieferchirurg □ ja □ nein

Logopädie □ ja □ nein Hausarzt □ ja □ nein

Gemäß DSGVO vom 25.05.2018 können diese Angaben zur Weitergabe von Daten jederzeit von Ihnen widerrufen werden!

Datum Unterschrift