KIEFER
ORTHOPÄDE
DR. KARSTEN WITTLINGER
Fachzahnarzt

Erfassungsbogen

Sehr geehrte Damen und Herren,

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. Dies ist wichtig für eine adäquate und risikofreie Behandlung. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.
Haben Sie Fragen oder gibt es Unklarheiten beim Ausfüllen der unteren Daten, helfen wir Ihnen gerne weiter.

Personalien:

Nachname des Patienten		Nachname des Versicherten	
Vorname des Patienten	Geburtsdatum	Vorname des Versicherten	Geburtsdatum
Straße, Hausnummer		Arbeitgeber	
PLZ, Ort		Vorname des Ehegatten	Geburtsdatum
Telefon		Arbeitgeber	
Mobil		Zahnarzt des Patienten	

Gesetzliche Krankenkasse ◯ Ja ◯ Nein Welche? _____

Privat Versichert/ Selbstzahler ◯ Ja ◯ Nein Beihilfefähig ◯ Ja ◯ Nein

Wir weisen darauf hin, dass die für unsere Abrechnung und Verwaltung benötigten Daten des Patienten und des Versicherten in unserer Praxis EDV-technisch erfasst und gespeichert werden.

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass Sie damit einverstanden sind und dass, im Falle einer notwendigen Absprache mit dem Zahnarzt oder einem Fachkollegen, der Behandlung durch einen Assistenten, der Behandlungsübernahme durch einen anderen Behandler oder bei der Zusammenarbeit mit einem externen Dental-Labor diese Daten weitergegeben werden.

Sie bestätigen ferner, dass im Falle des Verkaufes der Praxis diese Daten vom Nachfolger weiterbenutzt und die angefertigten Behandlungsunterlagen an diesen weitergegeben werden.

_____ _____

Ort, Datum Unterschrift

KIEFER
ORTHOPÄDE
DR. KARSTEN WITTLINGER
Fachzahnarzt

Anamnese:

Waren Sie früher bereits in kieferorthopädischer Behandlung? Ja ◯ Nein ◯
Wenn ja, bei wem?

Bestehen allgemeinmedizinische Erkrankungen? Ja ◯ Nein ◯
◯ Herz ◯ Leber ◯ Schilddrüse ◯ Blutgerinnungsstörungen ◯ Diabetes
◯ Epilepsie ◯ Asthma ◯ allergisches Asthma

Covid 19: ◯ genesen ◯ geimpft Wann? _____

◯ sonstiges_____

Bestehen Infektionskrankheiten? z.B. Hepatitis, HIV, etc. Ja ◯ Nein ◯

wenn ja, welche ?

Haben sie bekannte Allergien? Ja ◯ Nein ◯
wenn ja, worauf?

Bestehen Beschwerden im Bereich der Kaumuskeln ? Ja ◯ Nein ◯
Haben sie Kiefergelenksknacken? Ja ◯ Nein ◯

Bestehen bereits Röntgenaufnahmen der Zähne? Ja ◯ Nein ◯
Wenn ja von wem? und von wann?

Besteht möglicherweise eine Schwangerschaft? Ja ◯ Nein ◯

Wie sind sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

◯ Zahnarzt ◯ Bekannte/Verwandte ◯ Internet

_____ _____
Ort, Datum Unterschrift