KIEFER ORTHOPÄDE
DR. KARSTEN WITTLINGER
Fachzahnarzt

Erfassungsbogen

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

Anamnese:

War oder ist der Patient bereits in kieferorthopädischer Behandlung? Ja ◯ Nein◯
Wenn ja, bei wem?

Hat oder hatte ein Elternteil Gebissunregelmäßigkeiten? Nein◯
◯Mutter ◯Vater

Befinden sich Geschwister des Patienten in Behandlung? Nein◯
Name:

Sind in der Familie Nichtanlagen von Zähnen bekannt? Ja ◯ Nein◯

Bestehen allgemeinmedizinische Erkrankungen? Ja ◯ Nein◯
◯Herz ◯Leber ◯Schilddrüse ◯Blutgerinnungsstörungen ◯Diabetes
◯Epilepsie ◯ sonstiges_____
Covid 19: ◯genesen ◯geimpft Wann? _____

Nimmt der Patient Medikamente ein? Ja ◯ Nein◯
Wenn ja welche? _____

Hat der Patient Probleme mit der Nasenatmung? Ja ◯ Nein◯
◯Asthma ◯allergisches Asthma (seit wann?_____)
◯Mundatmung ◯Schnarchen ◯Häufige Erkältungen

KIEFER
ORTHOPÄDE
DR. KARSTEN WITTLINGER
Fachzahnarzt

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

Bestehen bekannte Allergien?
wenn ja, worauf? Ja ◯ Nein◯

Wurden Hals-, Nasen- Ohrenärztliche Operationen durchgeführt? Ja ◯ Nein◯
◯Gaumenmandeln wann?_____
◯Rachenmandeln (Polypen) wann?_____
◯Parazentese (Röhrchen im Trommelfell) wann?_____
◯Nasenscheidewand wann?_____

Wurde der Patient gestillt? Wenn ja wie lange? _____ Monat
Ab wann bekam der Patient feste Nahrung? Monat Ja ◯ Nein◯

Im wievielten Monat kam der erste Milchzahn? Monat

Hat der Patient als Kleinkind gelutscht? Ja ◯ Nein◯
◯Daumen ca. bis Jahre ◯Schnuller ca. bis Jahre

Liegt eine Fehlgewohntheit im Lippen- oder Zungebereich vor? Ja ◯ Nein◯
◯Lippenbeißen ◯Lippensaugen ◯Lippenlecken ◯Nägelkauen

Hat oder hatte der Patient einen Sprachfehler? Ja ◯ Nein◯
Wenn ja welchen? Bereits Logopädie durchgeführt?

Bestehen Kieferknacken oder –beschwerden? Ja ◯ Nein◯
Welche Beschwerden?

Hatte der Patient einen Unfall im Kopfbereich ? Ja ◯ Nein◯
◯Zahnverletzung ◯Zahnverlust ◯Kieferbruch?

Knirscht der Patient mit den Zähnen? Ja ◯ Nein◯

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

Wie sind sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?
◯ Zahnarzt ◯ Bekannte/Verwandte ◯ Internet

_____ _____
Ort, Datum Unterschrift des Erziehungsberechtigten

Erklärung des Erziehungsberechtigten:
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.

_____
Unterschrift des Erziehungsberechtigten