

# ganz schön keck

## 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 den allgemeinen Gesundheitszustand von Ihnen bzw. über den Ihres Kindes. Dies ist wichtig für eine adäquate und risikofreie Behandlung. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

**Patient:**

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ geb. \_\_\_\_\_

**Versicherter:**

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ geb. \_\_\_\_\_

**Anschrift:**

Straße \_\_\_\_\_ Nr. \_\_\_\_\_

PLZ \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_

**Telefon/Email**

Privat \_\_\_\_\_ Handynr. \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_

Dürfen wir Sie über die angegebene Email Adresse kontaktieren? Ja  Nein

**Beruf und  
Arbeitgeber des  
Versicherten:**

\_\_\_\_\_

**Krankenkasse oder  
Versicherung:**

Privat versichert  Pflicht versichert  Freiwillig versichert

Zusatzversicherung: Ja  Nein  wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Ist Kieferorthopädie in Ihrem Vertrag enthalten? \_\_\_\_\_

Gibt es eine Höchstleistungsgrenze? \_\_\_\_\_

Zahnarzt: \_\_\_\_\_ Hausarzt: \_\_\_\_\_

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? \_\_\_\_\_

**Vollmacht:**

Beide Erziehungsberechtigten haben die Vollmacht, füreinander gegenseitig über die vereinbarten, außervertraglichen Leistungen, sowie wichtige Abläufe im Rahmen der kieferorthopädischen Behandlung, zu entscheiden.

**Anschrift 2. Erziehungsberechtigter:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift beider Erziehungsberechtigten

**BITTE WENDEN**

**Entbindung von der Schweigepflicht:**

Hiermit willige ich ein, dass Herr Dr. Siegfried Keck den Befund der Untersuchung zum Zweck der Weiterbehandlung an den überweisenden Zahnarzt weiterleitet.

**Erklärung:**

Ich bin damit einverstanden, dass meine personenbezogenen Daten in der Praxis - EDV zum Zwecke der Behandlung und Abrechnung verarbeitet werden und das in der Praxis tätige Fachpersonal zu diesem Zweck darauf zugreifen darf.

**Informationen zur Erhebung personenbezogener Daten sind in der Praxis einsehbar.**

ja	nein	<b>Bitte kreuzen Sie an den entsprechenden Stellen an!</b>	
		Nennen Sie bitte Ihr Hauptanliegen _____	
		Sind Sie in ärztlicher / zahnärztlicher Behandlung?	Warum? _____
			Wo? _____
		Sind Sie in heilpraktischer Behandlung?	Warum? _____
			Wo? _____
		Werden regelmäßig Medikamente eingenommen?	Welche? _____
		Gibt es Medikamente, die Sie nicht vertragen?	Welche? _____
		Besteht eine Herz- / Kreislauferkrankung?	Welche? _____
		Bestehen Allergien?	Welche? _____
		Besteht Diabetes?	
		Bestehen Schlafstörungen?	
		Bestehen Blutgerinnungsstörungen (z. B. verlangsamte Blutgerinnung)?	
		Bestehen Infektionskrankheiten (Hepatitis, Tuberkulose, HIV)?	Welche? _____
		Gab es Unfälle, Verletzungen, Operationen im Kopf- und Gesichtsbereich?	Wann? _____ Welche? _____
		Treten häufig Kopfschmerzen / Migräne auf?	Wie oft? _____
		Ist der Patient mit dem Aussehen seiner Zähne zufrieden?	
		Durchbruch des ersten bleibenden Zahnes?	Wann ca.? _____
		Sind oder waren Geschwister / Eltern in kieferorthopädischer Behandlung?	Wer? _____
		Bestehen Beschwerden beim Kauen?	
		Wird mit den Zähnen geknirscht / gepresst?	
		Wird oder wurde Daumen oder Finger gelutscht?	Bis wann? _____
		Werden gelegentlich Fingernägel gekaut?	
		Besteht oder bestand ein Pfeifen im Ohr?	
		Gibt oder gab es Beschwerden mit der Nackenmuskulatur?	
		Bestehen oder bestanden Rückenschmerzen?	
		Gibt es orthopädische Befunde (Skoliose, Beckenschiefstand, Beinlängendifferenz)?	Welche? _____
		Gibt es Röntgenbilder der Zähne, die nicht älter als ein Jahr alt sind?	
		Möchten Sie über zusätzliche Diagnose- und Behandlungsverfahren informiert werden, auch wenn Ihre Versicherung / Krankenkasse für diese Mehrleistungen die Kosten evtl. nicht (vollständig) übernimmt?	

Vielen Dank für Ihre Mithilfe!

Bitte teilen Sie uns sofort Änderungen der oben genannten Angaben mit.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift