



„Wir begrüßen Sie sehr herzlich in unserer Praxis“

(Alle Angaben unterliegen natürlich der ärztlichen Schweigepflicht)

Name, Vorname des Patienten Geb. Datum Beruf oder besuchte Schule

PLZ, Wohnort, Straße Telefon

Krankenkasse

Wie sind Sie versichert? Pflicht Freiwillig Beihilfe Privat Zusatzversicherung

Ihr Zahnarzt: _____ Überwiesen, empfohlen durch: _____

Name, Vorname des Versicherten Geb. Datum
(*bitte bei Kindern und Jugendlichen ausfüllen*)

PLZ, Wohnort, Straße Telefon

Beruf/ beschäftigt bei Email

Gemäß der Röntgenverordnung bitten wir Sie folgende Fragen zu beantworten:

Wurde der Patient innerhalb der letzten 12 Monate im Kopfbereich geröntgt? ja nein

Besteht zurzeit eine Schwangerschaft? ja nein

War der Patient schon einmal in kieferorthopädischer Behandlung / Beratung? ja nein

Wenn ja, wo _____ seit wann _____

Waren oder sind Geschwister / Eltern in kieferorthopädischer Behandlung? ja nein

Hat der Patient besondere Angewohnheiten (wie z.B. Daumenlutschen, Nägelkauen, Lispeln...) ja nein

Hat der Patient Probleme mit dem Kiefergelenk, der Kaumuskulatur oder Kopfschmerzen? ja nein

Wurden die Mandeln/Polypen schon entfernt? ja nein

Raucht der Patient? ja nein

Wann war der letzte Zahnarztbesuch? _____

Lagen schon irgendwelche Mund- oder Kieferoperationen bzw. Unfälle vor? ja nein

Wenn ja, wann _____, weshalb _____

Bestehen irgendwelche Krankheiten? ja nein

Wenn ja, welche? _____

Bestehen irgendwelche Allergien? ja nein

Wenn ja, welche? _____

Wir arbeiten mit einem der modernsten EDV-Planungssysteme und können Ihnen so kurze Wartezeiten garantieren. Wir möchten Sie aber darauf hinweisen, dass Sie diesen Service nur dann perfekt nutzen können, wenn Sie die Termine einhalten, bzw. rechtzeitig vorher umbuchen. Wir erlauben uns für unentschuldig versäumte Termine evtl. eine Ausfallgebühr für den Termin zu berechnen. Die Rechnungsstellung bei privatversicherten bzw. beihilfeberechtigten Patienten erfolgt nach der aktuell geltenden Gebührenordnung.

Wir weisen Sie darauf hin, dass Ihre Versicherung bzw. Beihilfe je nach Ihrem Vertrag eventuell nicht den vollen Betrag erstattet. In diesem Fall tragen Sie den Differenzbetrag.

Ich erkläre mich mit der elektronischen Speicherung, Verarbeitung und Nutzung meiner Daten gemäß den gesetzlichen Vorgaben (Art. 7 Abs. 3 DSGVO) einverstanden. Hiermit erkläre ich mich mit der Übermittlung/dem Austausch von Befunden, Röntgenbilder, Arztbriefen etc. an den/vom Hauszahnarzt/Hausarzt etc. einverstanden. Gegenüber Angehörigen oder gesetzlichen Betreuern ist die Praxis von der Schweigepflicht entbunden.

Ich versichere mit meiner Unterschrift den Text verstanden zu haben und die Korrektheit meiner Angaben.

_____ (Datum)

_____ (Unterschrift, Patient ab dem 18. Lebensjahr oder gesetzlicher Vertreter)



„Wir begrüßen Sie sehr herzlich in unserer Praxis“

(Alle Angaben unterliegen natürlich der ärztlichen Schweigepflicht)

Folgendes bitte nicht ausfüllen!

Hauptgrund für KFO:

01K, Spezielle kieferorthopädische Untersuchung am _____ :

Bleibende Zähne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Milchzähne				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
Milchzähne				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Bleibende Zähne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Extraoral: _____
 Intraoral: _____
 Bisslage: _____
 Okklusion: _____
 Dentitionsstadium: _____
 Overjet: _____ mm
 Overbite: _____ mm
 Habits: _____
 KIG- Einstufung: _____ / Kigout : O

1. _____
 2. _____
 3. _____
 4. _____

CMD- Kurzbefund:

Mundhygiene:

To Do

Recall: O
 OPG : O
 Arztbrief: O

O AD:

Voraussichtliche Geräte: O Herausnehmbar
 O MB
 O andere Geräte
 O Invisalign