

Patientenbogen ERWACHSENE

Herzlich willkommen bei der Kieferorthopädie KFO • WÜLFRATH. Wir möchten uns mit Ihnen in Ruhe über Ihre kieferorthopädischen Wünsche unterhalten und Sie umfassend beraten. Dazu benötigen wir für den Beratungstermin neben Ihren Personalien auch medizinische Auskünfte. Wir nehmen Ihre Angaben selbstverständlich diskret entgegen.

PATIENT

Name: _____ Geb. Ort: _____
 Vorname: _____ Tel. Nr.: _____
 Straße, Nr. _____ Mobil: _____
 PLZ/Ort: _____ Krankenkasse: _____
 (Name und Ort)
 Geb. Datum: _____

VERSICHERTER

Name: _____ Vorname des Ehegatten: _____
 Vorname: _____ Geb. Datum: _____
 Geb. Datum: _____ Arbeitgeber: _____
 Arbeitgeber: _____ Beruf: _____
 Beruf: _____ Mobil: _____
 Tel. gesch.: _____ E-Mail: _____

VERSICHERUNGSART

- gesetzlich versichert
 freiwillig versichert
 privat voll-versichert
 Basistarif einer privaten Versicherung
 Zusatzversicherung für Kieferorthopädie
 Beihilfe

Name des Zahnarztes: _____
 Name des Hausarztes: _____


WIE SIND SIE AUF UNSERE PRAXIS AUFMERKSAM GEWORDEN?

- Empfehlung von:**
 Bekannte / Verwandte: _____ Name _____
 Arzt / Zahnarzt: _____ Name _____
 Werbung (Anzeige, Tagespresse/Fachzeitschrift etc.)
 Gelbe Seiten
 zus. informiert auf www.kfo-wuelfrath.de
Internet:
 Google
 Arzt- oder Gesundheitsportale, welche? _____
 Sonstiges: _____

Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten bzw. die Daten des Patienten per EDV gespeichert werden und ggf. an eine Abrechnungsgesellschaft weitergeleitet werden. Im Falle einer Praxis-Übergabe oder im Falle der Beschäftigung eines Vertreters bin ich damit einverstanden, dass die Karteikarte mit den persönlichen Daten auf den Nachfolger bzw. Praxisvertreter übergeben wird. Ich bin damit einverstanden, dass meine persönlichen Daten, soweit sie für die Abrechnung der von mir in Anspruch genommenen Leistungen von Bedeutung sind, von dem mich behandelnden Arzt/Krankenhaus im Falle des Zahlungsverzugs zum Zweck des Forderungseinzugs an einen Dritten (Inkassounternehmen) weitergegeben werden.

Datum _____

Unterschrift _____

Bitte wenden!


Patientenbogen ERWACHSENE

ALLGEMEINE GESUNDHEITSANGABEN

- Bestehen allgemeinmedizinische Erkrankungen (Herz, Leber, Niere, Blutgerinnungsstörungen, Asthma, Zuckerkrankheiten) oder Infektionskrankheiten (Hepatitis, Aids)? Ja Nein
Wenn ja, welche? _____
- Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Ja Nein
Welche und wozu? _____
- Bestehen Allergien oder Unverträglichkeiten? Ja Nein
Welche? _____

FRAGEN ZUR RÖNTGENUNTERSUCHUNG

- Wurden Sie innerhalb der letzten 12 Monate im Kopf- / Kieferbereich geröntgt? Ja Nein
- Bei Frauen: Besteht derzeit eine Schwangerschaft? Welcher Monat? _____ Ja Nein

FRAGEN AUS KIEFERORTHOPÄDISCHEN GRÜNDEN

- Wurden Sie schon einmal kieferorthopädisch behandelt? Ja Nein
Bei welchem Arzt? _____
- Was stört Sie am meisten an Ihrer Zahn- und Kieferstellung? _____

- Bestehen Kiefergelenksbeschwerden oder -knacken? Ja Nein
- Bestehen häufig Kopfschmerzen, Schmerzen im Gesichtsbereich oder beim Kauen? Ja Nein
Welche? _____
- Besteht oder bestand Zähneknirschen oder Zähnepressen? Ja Nein
Bis wann? _____
- Gab es Unfälle mit Beteiligung der Zähne und des Kiefers? Ja Nein
Wenn ja, welche? _____
- Besteht Mundatmung oder häufige Erkältung oder Schnarchen? Ja Nein
Was? _____
- Waren Sie bereits in Behandlung eines Hals-Nasen-Ohrenarztes? Ja Nein
Wann und was wurde gemacht? _____

MUNDHYGIENE

- Wie oft putzen Sie Ihre Zähne? _____ mal täglich
- Gehen Sie zu regelmäßigen Kontrollen zum Zahnarzt? Ja Nein
- Gehen Sie regelmäßig zur professionellen Zahnreinigung? Ja Nein

Eigene Anmerkungen: _____

Nach den Richtlinien unter Punkt 5 (Kieferorthopädie) Abs. 4 des Bundesausschusses der Zahnärzte und gesetzlichen Krankenkassen vom 01. Januar 2004 gehören kieferorthopädische Behandlungen bei Versicherten, die zu Beginn der Behandlung das 18. Lebensjahr vollendet haben, nicht zur vertragszahnärztlichen Versorgung.

Wir bitten unsere Patienten ausdrücklich, Termine die nicht wahrgenommen werden können, rechtzeitig - mindestens 24 Std. vorab - abzusagen. Sollten Sie versäumen, nicht oder nicht rechtzeitig Ihre Termine abzusagen, sind wir gehalten, Ihnen die ausgefallenen Behandlungszeiten mit 20 € in Rechnung zu stellen. Diese Kosten werden von den Krankenkassen nicht erstattet.