

Datum:

Herzlich Willkommen zur kieferorthopädischen Beratung in unserer Praxis Beratungsbogen

Nr.:

Zur Vorbereitung für das heutige Beratungsgespräch bitte alle Angaben im eigenen Interesse vollständig ausfüllen, denn diese sind zur vertrauensvollen Zusammenarbeit und für eine sachgerechte kieferorthopädische Behandlung erforderlich. Ihre Angaben werden streng vertraulich behandelt. Sie unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht sowie den strengen Bestimmungen des Datenschutzgesetzes.

Name des Patienten Vorname geboren am Anschrift Telefon e-mail Handy Krankenversicherung Haben Sie eine Zusatzversicherung für Kieferorthopädie ? Ja Nein Zahnarzt Name Hauptversicherter Vorname geboren am Anschrift Telefon e-mail Handy Ansprechpartner Vorname geboren am Anschrift Telefon e-mail Handy

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Zahnarzt Facebook Patienten/Bekannter Instagram Internet sonstiges

[Einverständiserklärung des Patienten zur Übermittlung von Behandlungsdaten und Befunden - § 73 Abs. 1b SGB V](#)

O Ich bin einverstanden, dass mein behandelnder Kieferorthopäde die von mir erhobene Befunde, Röntgenbilder und Fotos an meinen Zahnarzt, Hausarzt oder Ärzte anderer Fachrichtungen **weiterleitet**. Diese dürfen die Informationen zur Dokumentation und weiteren Behandlung verwenden.

Dass ich diese Einverständniserklärung jederzeit ganz oder teilweise widerrufen kann, ist mir bekannt.

O Ich bin einverstanden, dass mein behandelnder Kieferorthopäde die von mir erhobene Befunde, Röntgenbilder und Fotos von meinen Zahnarzt, Hausarzt oder Ärzte anderer Fachrichtungen **einholt**. Diese Informationen dürfen zur Dokumentation und weiteren Behandlung verwendet werden.

Dass ich diese Einverständniserklärung jederzeit ganz oder teilweise widerrufen kann, ist mir bekannt.

[Einverständiserklärung über die Speicherung von Fotos und Röntgenbilder in unserm Datennetz](#)

Hiermit übertrage ich der Praxis dres. Czell Wolfratshausen das Recht, die von mir angefertigten Aufnahmen und Befunde elektronisch zu speichern und in andere Datenformate zu konvertieren.

Die Speicherung der Aufnahmen und Befunde erfolgt entsprechender Datenschutzbestimmungen.

Datum, Unterschrift

Fragen zur allgemeinen und speziellen Krankengeschichte - Bitte zutreffendes ankreuzen!

Sind Sie/Ihr Kind kieferorthopädisch vorbehandelt ?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Sind Sie/Ihr Kind in ärztlicher/kinderärztlicher Behandlung? Wenn ja, wegen:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Hatten Sie/Ihr Kind Gesichts-, Zahn- oder Kieferverletzungen ? z.B. Schlag auf Zähne, Zahnlockerung durch Unfall, ect.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Befinden Sie/Ihr Kind sich in HNO-Behandlung? Wenn ja, wegen:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Mandel- oder Polypenoperation?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Häufige Halsentzündungen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Gewohnheiten: <input type="checkbox"/> Mundatmung <input type="checkbox"/> Schnarchen <input type="checkbox"/> Zungenpressen <input type="checkbox"/> Nasenatmung <input type="checkbox"/> Schnuller		
Haben Sie/Ihr Kind gelutscht? Wenn ja, wie lange	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
<input type="checkbox"/> Daumen <input type="checkbox"/> Finger <input type="checkbox"/> Sonstiges <input type="checkbox"/> Schnuller <input type="checkbox"/> Zungenpressen		
Sprachstörung/-fehler	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Nehmen Sie/Ihr Kind Medikamente ein? Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Besteht eine Kreislauferkrankung?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Allergien? Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Besteht Asthma bronchiale?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Ansteckende Krankheiten (z.B. Hepatitis, TBC, HIV, MRSA, Jakob Kreuzfeld, etc.)?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Zuckerkrankheit (Diabetes)?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Blutungsneigung?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Besteht eine Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Wurden in den letzten 12 Monaten Röntgenaufnahmen angefertigt?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie/Ihr Kind Beschwerden im Bereich der Kiefergelenke/Kaumuskulatur (Gelenkknacken)?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Leiden Sie/Ihr Kind unter Kopfschmerzen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Womit werden die Zähne gepflegt? (Zahnbürste, elektrische Zahnbürste, Interdentalbürstchen)		