Dr. med. dent. Dorothée Heider, Sebastianusstr. 14, 41352 Korschenbroich
Telefon: 02161/ 641110 – Telefax 02161/ 641610

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 Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine adäquate und risikofreie Behandlung. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Mit Ihrer Unterschrift erklären Sie Ihr Einverständnis, bei festgestellter Behandlungsbedürftigkeit zum Zwecke der Aufstellung des Behandlungskonzeptes die diagnostischen Unterlagen in dieser Praxis erstellen zu lassen.

Patient _____
Name Vorname geb.

Versicherungs-nehmer _____
Name Vorname geb.

Anschrift _____
Straße/Nr. Tel.: Privat/tagsüber

_____
PLZ Wohnort

Beruf vom Versicher-ungsnehmer _____ **Ihre Versicherung/ Krankenkasse** _____

Sind Sie zusatzversichert für die Kieferorthopädie? **O ja** **O nein**

Ihr behandelnder Zahnarzt: _____ **in** _____

Wodurch sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

_____

Recall?
Möchten Sie an die nächste Wiedervorstellung schriftlich erinnert werden? (Postkarte)

O ja **O nein**

Bestellpraxis
Wir sind immer bemüht, Ihnen lange Wartezeiten zu ersparen. Deshalb bitten wir Sie, vereinbarte Termine mindestens 24 Stunden vorher abzusagen, falls Sie verhindert sind. Wir sind berechtigt, nicht eingehaltene Termine auch Mitgliedern der gesetzlichen Krankenversicherung nach der privaten Gebührenordnung (GOZ) in Rechnung zu stellen.

_____
Datum **Unterschrift**

Bitte die Rückseite beachten!

Fragen zur Allgemeinen Gesundheit

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?
Wenn ja, welche?

Haben Sie Allergien? **O ja** **O nein**
Wenn ja, gegen welche Materialien oder Medikamente?

Welche Krankheiten hatten Sie?

Bestehen zurzeit Krankheiten? **O ja** **O nein**
Wenn ja, welche?

Liegt eine Blutungsneigung vor? **O ja** **O nein**
Wenn ja, welche?

Hatten Sie bereits einen Unfall, bei dem Ihre Zähne beschädigt wurden oder andere größere Unfälle bzw. chirurgische Eingriffe?

Wenn ja, wann und Art der Verletzung?

Wurden Sie in den letzten 12 Monaten im Kopf-Kiefer-Zahnbereich geröntgt? **O ja** **O nein**
Wenn ja, welcher Bereich genau?

Waren Sie bereits bei einem Hals-Nasen-Ohrenarzt in Behandlung? **O ja** **O nein**

Wenn ja, warum? _____

Schnarchen Sie? **O ja** **O nein**

Knirschen Sie? **O ja** **O nein**

Waren Sie einmal bei einem Kieferorthopäden? **O ja** **O nein**

Wenn ja, bei welchem Kieferorthopäden? _____

Besteht eine Schwangerschaft? **O ja** **O nein**

Vielen Dank für Ihre Mithilfe! Bitte teilen Sie uns sofort Änderungen der obigen Angaben mit.

_____

Datum **Unterschrift**