



ORTHOZAHN®

**Fachpraxis für Kieferorthopädie
Kinder- und Erwachsenenbehandlungen
Dr.-medic.stom.M.-Christina Spikowitsch
Lerchesflurweg 77
66119 Saarbrücken**



Telefon: 06 81/ 68 87 80 01

E-Mail: info@orthozahn.net
www.orthozahn.net

ORTHOZAHN® • Lerchesflurweg 77 • 66119 • Saarbrücken

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. Selbstverständlich unterliegen alle Angaben der ärztlichen Schweigepflicht. Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie die Richtigkeit Ihrer Angaben und erklären Ihr Einverständnis zu der Speicherung und Verarbeitung Ihrer Daten.

Name des Patienten:

geb. am:

Anschrift:

PLZ/Wohnort:

Tel.:

Versicherter (Elternteil?)

Name:

Vorname:

geb. am:

Anschrift:

PLZ/Wohnort:

Tel.:

E-Mail:

Mein Zahnarzt

Name:

Ort:

Wie sind Sie versichert?

Gesetzliche Krankenkasse:

Privat Zusatzversichert:

Private Krankenversicherung bei:

Datenschutz

Sofern es für die Behandlung erforderlich ist, entbinde ich hiermit die behandelnden Zahnärzte / Ärzte von ihrer Schweigepflicht, damit dort noch notwendige Auskünfte bezüglich dieser Behandlung eingeholt werden können.

Wir erheben, verarbeiten und nutzen die personenbezogenen Daten unserer Patienten, bzw. deren Eltern oder Sorgeberechtigten entsprechend der gesetzlichen Bestimmungen zum Zweck der kieferorthopädischen Behandlung, Dokumentation und Abrechnung. Ein „Öffentliches Verzeichnisse für Jedermann“ gemäß § 4g des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) überlassen wir Ihnen gerne zur Einsicht. Mit Ihrer Unterschrift geben Sie **auch Ihre Zustimmung** zur o. g. Erhebung, Verarbeitung und Nutzung dieser Daten.



Allgemeine Anamnese

Befindet sich der Patient zurzeit in ärztlicher Behandlung? Ja Nein

Besteht eine Schwangerschaft? Ja Nein

Wurde bereits ein HNO-Arzt oder ein Logopäde aufgesucht? Ja Nein

Drogen- oder Alkoholsucht Ja Nein

Medikamente

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja, welche? Ja Nein

Allergien

Verdacht auf Überempfindlichkeit auf Medikamente / Materialien? Ja Nein

Allergisches Asthma Ja Nein

Besitzen Sie einen Allergiepass? Ja Nein

Kieferorthopädische Anamnese

Ist der Patient bereits kieferorthopädisch behandelt worden? Ja Nein

Ist zuvor schon einmal eine kieferorthopädische Untersuchung/
Beratung erfolgt? Ja Nein

Wurde über das dritte Lebensjahr am Daumen / Schnuller gelutscht? Ja Nein

Kiefergelenksschmerzen Ja Nein

Verletzungen an Kiefer und / oder Zähnen Ja Nein

Auffälligkeiten bei der Aussprache Ja Nein

Verlegung oder Behinderung der Nasenatmung Ja Nein

Wurde in den letzten 12 Monaten
im Kopf-Kiefer-Zahnbereich geröntgt? Ja Nein



ORTHOZAHN®

**Fachpraxis für Kieferorthopädie
Kinder- und Erwachsenenbehandlungen
Dr.-medic.stom.M.-Christina Spikowitsch
Lerchesflurweg 77
66119 Saarbrücken**



Telefon: 06 81/ 68 87 80 01

E-Mail: info@orthozahn.net
www.orthozahn.net

ORTHOZAHN® • Lerchesflurweg 77 • 66119 • Saarbrücken

Vegetative Erkrankungen

Hatten Sie schon Ohnmachtsanfälle? Ja Nein

Herz- / Kreislaferkrankungen

Herzinsuffizienz Ja Nein
Herzinfarkt Ja Nein
Herzrhythmusstörungen Ja Nein
Hypertonie Ja Nein
Hypotonie Ja Nein
Herzpass vorhanden Ja Nein

Erkrankungen des Nervensystems

Leiden Sie unter epileptoformen Anfällen o. Krämpfen? Ja Nein

Stoffwechselerkrankungen

Diabetes Ja Nein
Schilddrüsenerkrankungen Ja Nein
Sonstiges Ja Nein

Bluterkrankungen

Blutungsneigung (Hämophilie) Ja Nein
Blutarmut (Anämie) Ja Nein
Sonstiges Ja Nein

Infektionskrankheiten

Hatten Sie Leberentzündungen/Gelbsucht?
(Hepatitis A/B/C, non A-non-B) Ja Nein
Tuberkulose Ja Nein
HIV Ja Nein
Sonstiges Ja Nein

Vielen Dank für Ihre Mithilfe! Bitte teilen Sie uns etwaige Änderungen der obigen Angaben umgehend mit!

Unterschrift: _____