



AUFNAHMEBLATT

DER KIEFERORTHOPÄDISCHEN FACHZAHNARZTPRAXIS
DIPL. - STOM. RALF KIMPEL

PERSÖNLICHE DATEN DES PATIENTEN:

Name, (Titel), Vorname: _____ Beruf: _____

E-Mail- Adresse: _____

Kontakt Daten: Tel. Festnetz: _____ Tel. Mobil: _____

1. Elternteil Name, (Titel), Vorname: _____ Beruf: _____

E-Mail- Adresse: _____

Kontakt Daten: Tel. Festnetz: _____ Tel. Mobil: _____

2. Elternteil Name, (Titel), Vorname: _____ Beruf: _____

E-Mail- Adresse: _____

Kontakt Daten: Tel. Festnetz: _____ Tel. Mobil: _____

VERSICHERUNGSSTATUS:

gesetzlich versichert bei (Kasse): _____

privat versichert bei: _____ mit Beihilfeberechtigung

Patient ist

Mitglied

Familienversichert über (Name, Vorname des Hauptversicherten): _____

Rentner

KIEFERORTHOPÄDISCHE VORGESCHICHTE:

Ich wurde überwiesen von (Zahnarzt): _____

Es wurde bereits eine kieferorthopädische Behandlung durchgeführt.

Name, Adresse des Vorbehandlers: _____

Mein Hauszahnarzt ist: _____

IHR ANLIEGEN:

Ich möchte eine kieferorthopädische Erstberatung.

Ich möchte eine kieferorthopädische Zweitmeinung.

Ich habe Interesse an einer Innenspanne, bzw. unsichtbaren festen Zahnsperre (Privatleistung).

Sonstiges

Blatt bitte wenden →

Es besteht eine Schwangerschaft.

INFEKTIONSERKRANKUNGEN

&

ALLERGIEN:

- Hepatitis
- HIV/AIDS
- Tuberkulose
- Sonstige (bitte unten Aufführen)

- Latex
- Kunststoff
- Chrom
- Nickel
- Lokalanästhesie (Xylocain)

Nein

ALLGEMEINERKRANKUNGEN: (S.U. = UNTEN GGF. SCHRIFTLICH WEITER AUSZUFÜHREN)

- | | | |
|---|---|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Organerkrankungen (s.u.) | <input type="checkbox"/> Epilepsie | <input type="checkbox"/> Nein |
| <input type="checkbox"/> Herz-Kreislauf-Erkrankungen (s.u.) | <input type="checkbox"/> Gelenkerkrankungen (s.u.) | |
| <input type="checkbox"/> Herzfehler mit Endokarditisrisiko | <input type="checkbox"/> Syndrome, Fehlbildungen (s.u.) | |
| <input type="checkbox"/> Blutgerinnungsstörungen | <input type="checkbox"/> Gaumen-/Kieferspalt (s.u.) | |
| <input type="checkbox"/> bösartige Gewebeneubildungen, Leukämie | <input type="checkbox"/> Knochenerkrankungen (s.u.) | |
| <input type="checkbox"/> Hormon-, Wachstumsstörung (s.u.) | <input type="checkbox"/> Psychische Erkrankungen (z.B. ADHS) (s.u.) | |
| <input type="checkbox"/> Diabetes (Zuckererkrankung) | <input type="checkbox"/> Sonstige (bitte unten Aufführen) | |

Ja, (hier bitte Erkrankungen weiter ausführen): _____

OPERATIONEN, UNFÄLLE ODER VERLETZUNGEN IM ZAHN- UND KIEFERBEREICH:

- In der Vergangenheit lagen unfallbedingte Schädigungen an folgenden Zähnen vor: _____ Nein
- Es lag bereits ein Kieferbruch vor (Bruchstelle): _____
- Es wurden bereits eine oder mehrere Operationen im Mund-Kiefer-Gesichtsbereich durchgeführt. (Grund für die Operation/en): _____

MEDIKAMENTENEINNAHMEN:

- | | | |
|--|---|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Blutdruckmedikamente | <input type="checkbox"/> Bestrahlungstherapie | <input type="checkbox"/> Nein |
| <input type="checkbox"/> Antidiabetika | <input type="checkbox"/> Chemotherapeutika | |
| <input type="checkbox"/> Bisphosphonate | <input type="checkbox"/> Psychopharmaka | |
| <input type="checkbox"/> Gerinnungshemmende Medikamente (z.B. Aspirin, ASS, Marcumar, Ticlopidin, Clopidogrel) | <input type="checkbox"/> Nikotin, Rauchen | |
| <input type="checkbox"/> Sonstige: _____ | | |

Ich habe alle o.g. Angaben nach bestem Gewissen wahrheitsgetreu getätigt.

Cottbus, den _____
(Datum)

(Unterschrift des Hauptversicherten/ Patienten)

Wiederholung des Namens in Druckbuchstaben: _____