



# AUFNAHMEBLATT

KIEFERORTHOPÄDISCHE FACHZAHNARZTPRAXIS DIPL. – STOM. RALF KIMPEL

## Patient/in:

Name, (Titel), Vorname: \_\_\_\_\_ geb. am: \_\_\_\_\_

E-Mail- Adresse: \_\_\_\_\_ Tätigkeit: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

---

**1. Elternteil** Name, (Titel), Vorname: \_\_\_\_\_ Tätigkeit: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Tel. Festnetz: \_\_\_\_\_ Tel. Mobil: \_\_\_\_\_

---

**2. Elternteil** Name, (Titel), Vorname: \_\_\_\_\_ Beruf: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Tel. Festnetz: \_\_\_\_\_ Tel. Mobil: \_\_\_\_\_

## Versicherungsstatus:

gesetzlich versichert bei (Kasse): \_\_\_\_\_

privat versichert bei: \_\_\_\_\_  mit Beihilfeberechtigung

Patient ist ....

Mitglied

Familienversichert über (Name, Vorname des Hauptversicherten): \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Rentner

## Kieferorthopädische Vorgeschichte:

Ich wurde überwiesen von (Zahnarzt): \_\_\_\_\_

Es wurde bereits eine kieferorthopädische Behandlung durchgeführt.

Name, Adresse des Vorbehandlers: \_\_\_\_\_

Allgemeiner Zahnarzt \_\_\_\_\_

## Ihr Anliegen:

Ich möchte eine kieferorthopädische Erstberatung.

Ich möchte eine Kieferorthopädische Zweitmeinung.

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

Sonstiges

Blatt bitte wenden →

Es besteht eine Schwangerschaft.

### Infektionserkrankungen &

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

### Allergien:

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

**Nein**

### Allgemeinerkrankungen: (S.u. = Unten ggf. weiter auszuführen)

- |   |   |                                      |
|---|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Organerkrankungen (s.u.)               | <input type="checkbox"/> Epilepsie                              | <input type="checkbox"/> <b>Nein</b> |
| <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 Erkrank. (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- & 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"/> <b>Nein</b> |
| <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: \_\_\_\_\_