



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 Zahnsperre (Privatleistung).
 Sonstiges

Schwangerschaft:

- 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"/> 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-/Kieferspalten (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) |

 Nein

Ja, (hier bitte Erkrankungen weiter ausführen): _____

Operationen, Unfälle oder Verletzungen im Zahn- & Kieferbereich:

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

 Nein**Medikamenteneinnahmen:**

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Blutdruckmedikamente | <input type="checkbox"/> Bestrahlungstherapie |
| <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: _____ | |

 Nein

Ich habe alle o.g. Angaben nach bestem Gewissen wahrheitsgetreu getätigt. **Den Aushang zum Datenschutzgesetz DSGVO im Wartezimmer habe ich gelesen, verstanden und akzeptiert.**

Bei Änderungen der o.g. Angaben erkläre ich mich bereit die Praxis unmittelbar darüber in Kenntnis zu setzen.

Cottbus, den _____
 (Datum)

 (Unterschrift des Hauptversicherten/ Patienten)

Wiederholung des Namens in Druckbuchstaben: _____