



PATIENTEN AUFNAHMEBOGEN

Damit wir Sie von Anfang an optimal betreuen und beraten können, benötigen wir einige Informationen von Ihnen. Bitte geben Sie uns Ihre Personalien an sowie detaillierte Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand bzw. den Ihres Kindes.

Dies ist Voraussetzung für eine risikofreie und erfolgreiche Behandlung.

Bitte füllen Sie deshalb diesen Fragebogen so genau wie möglich aus!

Kieferorthopäden-Gropiuspassagen
Dres. Weinsheimer-Harms
Johannisthaler Chaussee 313
12351 Berlin

Sprechzeiten:
Montag - Freitag:
9 - 12 Uhr und 13.45 - 18 Uhr

Tel. +49 (0)30 603 96 08
Fax +49 (0)30 66 69 14 22

info@kieferorthopaeden-gropiuspassagen.de

PERSONALIEN

Name des Patienten: _____ geb. am: _____

Name des Versicherten: _____ geb. am: _____

Straße: _____ Telefon: _____

PLZ / Ort: _____

Arbeitgeber / Tel.: _____ Beruf d. Versicherten: _____

Krankenkasse: _____ Ort: _____

Name d. Hauszahnarztes: _____

Anschrift: _____

Wurden Sie überwiesen? Ja Nein

Name d. Hausarztes: _____

Anschrift: _____

STATUS

• Grund des Besuches _____

• Wurde der Patient schon einmal kieferorthopädisch behandelt oder wurden Unterlagen für eine kieferorthopädische Behandlung erstellt? Ja Nein

• Wenn Ja, wo? _____

• Wann bekam der Patient seinen ersten Zahn? _____

• Hatte der Patient Rachitis? Ja Nein

- Hatte der Patient einen Unfall, bei dem Zähne beschädigt wurden oder verloren gingen? Ja Nein
- Wenn Ja, wann? _____
- Hat der Patient gelutscht oder genuckelt? Ja Nein
- Wenn Ja, wie lange? _____
- Tut er es immer noch? Ja Nein
- Beißt der Patient auf die Zunge, Lippen, Bleistift oder Ähnliches? Ja Nein
- Wurden Mandeln und / oder Polypen entfernt? Ja Nein
- Wenn Ja, wann? _____
- War / ist der Patient in orthopädischer Behandlung? Ja Nein
- Leidet der Patient unter einer chronischen Erkrankung? Ja Nein
- Wenn Ja, unter welcher? _____
- Bekommt der Patient Cortisonpräparate? Ja Nein
- Hat der Patient einen Allergiepaß? Ja Nein
- Wurde bei dem Patienten ein AIDS-Test durchgeführt? Ja Nein
- Wenn Ja, mit welchem Ergebnis? _____
- Bestanden oder bestehen andere Krankheiten als bisher aufgeführt? Ja Nein
- Wenn Ja, welche? _____
- Wurden in den letzten 12 Monaten Röntgenaufnahmen im Mund-Kieferbereich gemacht? Ja Nein
- Wenn Ja, wo? _____
- Besteht eine Schwangerschaft? Ja Nein
- Wenn Ja, in welchem Monat? _____

Für Ihre und unsere Sicherheit bitte ich Sie, uns sofort eine Änderung Ihres Gesundheitszustandes mitzuteilen.

Ich versichere, die Angaben wahrheitsgemäß gemacht zu haben.

Datum

Unterschrift des Versicherten, bzw. des Erziehungsberechtigten

WIR DANKEN FÜR IHRE MITHILFE!