

Liebe Patientin, lieber Patient,

vielen Dank, dass Sie zur kieferorthopädischen Beratung/Behandlung in unsere Praxis kommen. Bitte füllen Sie die folgenden Seiten vollständig aus und schicken Sie sie zurück an die Praxis.

Bitte beachten Sie, dass für gesetzlich versicherte Patienten ab 18 Jahren gelten:

Ihre Beratung kostet 35,- Euro.

Ihre gesetzliche Krankenkasse übernimmt diese Kosten nur, wenn es sich um einen der seltenen kieferorthopädisch-chirurgischen Fälle handelt. Sollte dies der Fall sein, erhalten Sie nach Genehmigung des Behandlungsplanes durch Ihre Krankenkasse die Beratungsgebühr von uns selbstverständlich zurück.

Sie können sie per Post schicken an:

**Praxis Dr. Anja Gutmark
Kurfürstenstr. 14**

60486 Frankfurt

oder per mail an praxis@drgutmark.de

oder per Fax: **069- 87008911**

Bitte sagen Sie uns:

Möchten Sie einen Termin:

telefonisch vereinbaren, unter welcher Nummer sind Sie am besten erreichbar?

oder

per Email bekommen? E-Mail an:

Vielen Dank!

Ihr Praxisteam

Bitte nennen Sie uns folgende Ihrer Daten:

Akademische Angaben: Dr. Prof. Sonstige: _____

Nachname _____

Vorname/n _____ **Geschlecht:** m w

Geburtsdatum _____

Anschrift

Straße / Hausnummer _____

Postleitzahl / Wohnort _____

Telefon _____

Mobilnummer _____

Email _____

Sind Sie bereits in kieferorthopädischer Behandlung in einer anderen Praxis?

- Ja
- Nein

Wer ist Ihr behandelnder Zahnarzt? _____

Über welche Krankenkasse sind Sie versichert?

Für Ihre ärztliche Anamnese erbitten wir folgende Angaben, die selbstverständlich unter die ärztliche Schweigepflicht fallen. Teilen Sie der Praxis bitte auch künftig Änderungen des Gesundheitszustandes sofort mit!

Hatten oder haben Sie eine der folgenden Krankheiten?

- Asthma (schwere Atemnot)
- Zuckerkrankheit
- Rheuma
- Osteoporose
- Bluterkrankungen
- Blutgerinnungsstörungen
- HIV-Infektion
- TBC
- Leberkrankheiten
- Hepatitis A/B/C (Gelbsucht)
- Anfallsleiden (Epilepsie)
- Schilddrüsenerkrankungen _____
ggf. seit wann?

zu obigen Krankheiten alles: Nein

- Allergien, welche? _____
- Allergische Reaktionen auf Medikamente etc.
Worauf? _____

zu Allergien alles: Nein

Andere Erkrankungen:

- Herzinfarkt/ Schlaganfall
- Marcumar
- Lähmungen
- Zu hoher Blutdruck
- Zu niedriger Blutdruck

zu obigen Erkrankungen alles: Nein

Tragen Sie einen Herzschrittmacher?

- Ja
- Nein

Haben Sie einen Herzfehler oder hatten Sie eine Herzoperation?

- Ja
- Nein

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?

- Ja
- Nein

ggf. welche? _____

Sonstige Angaben/ andere Krankheiten: _____

Wurde Ihr Kopfbereich schon einmal geröntgt?

ja, ungefähr am _____
In folgender Praxis (bitte unbedingt angeben, dann können wir die Bilder vor Ihrem Termin bei uns dort anfordern)

nein, es gab noch keine Röntgenuntersuchung am Kopf

Tragen oder trugen Sie Einlagen in den Schuhen?

- Ja, früher. Zeitraum ca.: _____
- Ja, ich trage seit ca. _____
- Nein, noch nie.

Spielen Sie ein Musikinstrument? (Blasinstrumente bitte genau angeben!!)

Hatten Sie schon einmal eine Zahnsperre getragen?

- Nein
- Ja, als Kind und Jugendliche/r
- Ja, als Erwachsene/r

Waren Sie als Kind oder später in logopädische Behandlung?

- Nein
- Ja

Schlafen Sie nachts meistens mit:

- offenem Mund
- geschlossenem Mund

Haben oder hatten Sie eine „Knirsch-Schiene“?

- Nein
- Ja, ich hatte eine. Wann? _____
- Ja, ich habe momentan eine.

Waren oder sind Sie in Behandlung beim Hals-Nasen-Ohrenarzt?

- Nein
- Ja, wegen folgender Behandlung: _____

Bitte beachten Sie, dass für gesetzlich versicherte Patienten ab 18 Jahren gelten:

Ihre Beratung kostet 35,- Euro.

Ihre gesetzliche Krankenkasse übernimmt diese Kosten nur, wenn es sich um einen der seltenen kieferorthopädisch-chirurgischen Fälle handelt. Sollte dies der Fall sein, erhalten Sie nach Genehmigung des Behandlungsplanes durch Ihre Krankenkasse die Beratungsgebühr von uns zurück.

Datum

Unterschrift