



HOFFMANN & SIMON

PRAXIS FÜR ZAHNHEILKUNDE & KIEFERORTHOPÄDIE

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient, um Ihnen eine optimale und sichere Behandlung garantieren zu können, bitten wir Sie sich einen Moment Zeit zu nehmen. Bitte füllen Sie diesen Bogen möglichst ausführlich aus.

Patient: Name: Vorname: Geb.:

Geburtsort:

Versicherter: Name: Vorname: Geb.:

Anschrift: Straße, Nr.:

Postleitzahl: Ort:

Tel.: Mobil:

Tel. geschäftlich*:

E-Mail:

Krankenkasse: Zusatzversicherung KFO *: ja oder nein

Beruf *: Arbeitgeber *:

Hausarzt *: Hauszahnarzt *:

* = freiwillige Angabe

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

Medizinische Angaben:

Ist Ihr Kind zur Zeit in ärztlicher Behandlung?
Wenn ja, weshalb? Ja nein

Liegen bei Ihrem Kind irgendwelche schwerwiegenden Krankheiten vor?
(Diabetes, Rachitis, Hepatitis, AIDS, Herzerkrankungen, sonstiges)
Wenn ja, welche? Ja nein

Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente?
Wenn ja welche? Ja nein

Hat Ihr Kind Allergien auf irgendwelche Materialien/Medikamente?
Wenn ja, welche? Ja nein

Liegt bei Ihrem Kind eine orthopädische Erkrankung vor?
Wenn ja, welche?

Ja nein

Wann war die letzte Röntgenaufnahme im Kopfbereich?

Allgemeine Angaben:

Erfolgte bereits eine kieferorthopädische Behandlung?
Wenn ja, wo?

Ja nein

Gibt es Geschwister, die in kieferorthopädischer Behandlung sind?

Ja nein

Hat bei Ihnen in der Familie jemand eine ähnliche Zahn- oder Kiefer(fehl)stellung?

Ja nein

Wie lange hat Ihr Kind einen Schnuller benutzt?

Bis zum Lebensjahr

Lutscht oder hat Ihr Kind an einem Daumen, Finger o.ä. gelutscht?
Wenn ja, was?

Ja nein

Besteht bei Ihrem Kind eine Fehlfunktion im Lippen- und Zungenbereich?
(z.B. Lippensaugen, Nägelkauen)

Ja nein

Knirscht Ihr Kind mit den Zähnen?

Ja nein

Besteht bei Ihrem Kind ein Sprachfehler?

Ja nein

Besteht bei Ihrem Kind Mundatmung oder Schnarchen?
Wenn ja, was?

Ja nein

Wurden bei Ihrem Kind die Mandeln oder Polypen entfernt?
Wenn ja, wann?

Ja nein

Welche Hobbys hat Ihr Kind? Spielt es ein Instrument, treibt Ihr Kind Sport, Sonstiges?

Möchten Sie von uns kostenlos per SMS an Ihre Termine erinnert werden?

ja nein

Datenschutz / Verarbeitung bzw. Weitergabe von personenbezogenen Daten

Ihre Behandlungsdaten werden in unserer Praxis elektronisch gespeichert; sie unterliegen den gesetzlichen Datenschutzbestimmungen (EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO), Bundesdatenschutzgesetz (BDSG)). Diese rechtlichen „Informationen zur Erhebung personenbezogener Daten“ liegen bei uns in der Praxis aus und sind einsehbar. In bestimmten Fällen ist es unerlässlich, Daten mit anderen Ärzten (zum Beispiel Ihrem Hausarzt, Hauszahnarzt, Kieferorthopäden, Chirurgen), Krankenkassen, Zahntechnischen Laboren auszutauschen oder es besteht die Notwendigkeit Abrechnungsdaten an das Zahnärztliche Verrechnungszentrum (ZVD) weiterzugeben. Dies dient ausschließlich dem fachlichen Austausch, sowie Ihrer optimalen zahnmedizinischen Versorgung.

Mir ist bekannt, dass ich die oben genannte Erklärung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

Ort, Datum

.....

Unterschrift Patient / gesetzl. Vertreter