DR. HENRIK MÖMKEN &
IVONNE REDELBERGER

Tel.:
Fax:
E-Mail:

Willkommen in unserer Praxis!

Sehr geehrter Patient, liebe Eltern,
wir heißen Sie herzlich in unseren Praxisräumen willkommen.

© Copyright 2021 Computer Forum GmbH. Alle Rechte vorbehalten.

V 158.0

Daten des Patienten:

Titel: ◯ weibl. ◯ männl. ◯ unbestimmt

Name: | Vorname: | Geb.-Dat.: (tt.mm.jjjj)

Straße / Nr.: | PLZ: | Wohnort: | Geburtsort:

Tel.(Festnetz): | Handy-Nr.: | E-Mail:

Hausarzt: **Zahnarzt:**

Daten des Versicherten:

Titel: ◯ weibl. ◯ männl. ◯ unbestimmt

Name: | Vorname: | Geb.-Dat.: (tt.mm.jjjj)

Straße / Nr.: | PLZ: | Wohnort:

Tel. (Festnetz): | Tel. (mobil): | E-Mail:

Beruf:* | Tel. dienstl.:* | Arbeitgeber:*

**Bitte auch ausfüllen, wenn der Patient selbst der Versicherte ist.*

Krankenkasse / Versicherung:

☐ **Private Zusatzversicherung für Kieferorthopädie**

Nur für Privatpatienten:

☐ Privat versichert - **nicht** im Basistarif

☐ Privat versichert - im Basistarif (Erstattung nur 2,0facher Faktor)

☐ Beihilfeberechtigt

☐ Meine Versicherung erstattet nach der Selbstkostenliste

Weiter

DR. HENRIK MÖMKEN & IVONNE REDELBERGER

Besteht ein getrenntes Sorgerecht? Ja Nein

Daten des getrennt lebenden Partners:

Titel: weibl. männl. unbestimmt

Name: Vorname: Geb.-Dat.: (tt.mm.jjjj)

Straße / Nr.: PLZ: Wohnort:

Tel.(Festnetz): Tel. (mobil): E-Mail:

Röntgen

Gemäß der Röntgenverordnung möchten wir Sie bitten, folgende Fragen anzukreuzen:

Wurde der Patient schon einmal geröntgt? Ja Nein

Besteht zur Zeit eine Schwangerschaft? Ja Nein

Zahnärztliche Anamnese

Wann war der letzte Zahnarztbesuch?

Hat/Hatte einer der Eltern eine Zahnfehlstellung? Ja Nein

Hat der Patient Beschwerden beim Kauen? Ja Nein

Knirscht der Patient mit den Zähnen? Ja Nein

War der Patient schon in Kfo-Behandlung? Ja Nein

Wenn ja, wo?

wann?

Waren/sind Geschwister in Kfo-Behandlung? Ja Nein

Wenn ja, wo?

wann?

Zurück Weiter

DR. HENRIK MÖMKEN & IVONNE REDELBERGER

Medizinische Anamnese

Ist der Patient zur Zeit in ärztlicher Behandlung? Ja ◯ Nein ◯

Wenn ja, weshalb/wo?

Werden regelmäßig Medikamente eingenommen? Ja ◯ Nein ◯

Wenn ja, welche?

Ist Ihr Kind hyperaktiv? Ja ◯ Nein ◯

Bestehen/bestanden schwerwiegende Krankheiten? Ja ◯ Nein ◯
(Rachitis, Diabetes, Tuberkulose, Asthma, Epilepsie, Herzfehler, Allergien, AIDS...)

Welche Krankheiten/sonstige Krankeiten?

Lagen schon Mund- oder Kieferoperationen bzw. -Unfälle vor? Ja ◯ Nein ◯

Wenn ja, was?

wann?

Gewohnheiten als Kleinkind bzw. derzeit

Schnuller	Ja ◯	Nein ◯	Mundatmung	Ja ◯	Nein ◯
Lippenbeißen	Ja ◯	Nein ◯	Daumenlutschen	Ja ◯	Nein ◯
Nägel kauen	Ja ◯	Nein ◯	Sprachfehler	Ja ◯	Nein ◯

Spielt der Patient ein Blasinstrument? Ja ◯ Nein ◯

Sind Sie bzw. Ihr Kind mit Fotografien (nicht Röntgenaufnahmen!) der Zähne zur Dokumentation einverstanden? Fotos können jederzeit gelöscht werden, Sie haben das Recht auf Widerruf der Einwilligung. Ja ◯ Nein ◯

Zurück

Weiter

DR. HENRIK MÖMKEN & IVONNE REDELBERGER

Wichtige Informationen

- **Alle Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden daher streng vertraulich behandelt. Der Speicherung meiner persönlichen Daten stimme ich zu. Außerdem bin ich im Bedarfsfall mit der Übermittlung von Röntgenbildern an einen weiterbehandelnden Zahnarzt oder Kieferchirurgen sowie der Daten an ein Dentallabor einverstanden.**
  Auch können Ihre personenbezogenen Daten zu Zwecken der Qualitätssicherung herangezogen werden. Weitere Informationen zur Datenverarbeitung erhalten Sie unter folgendem Link https://www.g-ba/beschluesse/4036/

Ja ◯ **Nein** ◯

- Ich verpflichte mich, Sie umgehend über alle während des Behandlungszeitraumes auftretenden Änderungen zu informieren.

- Ich verpflichte mich, vereinbarte Termine einzuhalten oder im Voraus abzusagen, andernfalls können daraus entstehende Kosten in Rechnung gestellt werden.

- Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die abgedruckten Informationen gelesen und verstanden habe.

Zum Unterschreiben dieses Bogens gehen Sie bitte an die Rezeption.

Für die Richtigkeit der Angaben:

_____

Datum, Ort

_____ _____

Unterschrift des Patienten bzw. Erziehungsberechtigten | Gegenzeichnung d. Praxis

Zurück