



## Herzlich willkommen

in unserer kieferorthopädischen Praxis in Nürtingen! Wir möchten uns mit Ihnen in Ruhe über Ihre kieferorthopädischen Wünsche unterhalten und Sie umfassend beraten. Dazu benötigen wir für den Beratungstermin neben Ihren Personalien auch medizinische Auskünfte. **Wir nehmen Ihre Angaben selbstverständlich diskret entgegen.**

### Patienteninformationen

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Krankenkasse: \_\_\_\_\_  
Straße, Nr.: \_\_\_\_\_ PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

### Versicherter/Erziehungsberechtigter

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Krankenkasse: \_\_\_\_\_  
Straße, Nr.: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_  
PLZ/Ort: \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_  
E-Mail: \_\_\_\_\_ Beruf: \_\_\_\_\_

### Versicherungsart

gesetzl. Versichert                      privat Versichert  
Beihilfe                                      Zusatzversicherung für Kieferorthopädie

### Terminerinnerung?

ja      nein      Wenn ja:      E-Mail      SMS      Telefon

### Wir werden uns bemühen Ihren Aufenthalt bei uns so angenehm wie möglich zu gestalten.

Diese Angaben sind für eine vertrauensvolle Zusammenarbeit, wie auch eine sachgerechte medizinische Behandlung erforderlich. Ihre Angaben werden **streng vertraulich behandelt**. Sie unterliegen der **ärztlichen Schweigepflicht gemäß § 203 des Strafgesetzbuches** sowie den strengen Bestimmungen des Datenschutzgesetzes. Moderne Kieferorthopädie bedarf, wie alle medizinischen Bereiche, der Teamarbeit. Daher werden **Teilleistungen auch von aus- und fortgebildeten Zahnarzthelferinnen** nach vorheriger individueller Anordnung durch den Kieferorthopäden und unter dessen Aufsicht, Überwachung und Kontrolle erbracht. Wir möchten Sie bitten, **vorhandene Röntgenaufnahmen des Kieferbereichs mitzubringen**.





## Helfen Sie uns Sie besser kennen zu lernen!

Warum sind Sie zu uns gekommen und was können wir für Sie tun?

---

Steht Ihr Kind zurzeit in ärztlicher Behandlung? ja nein

Wenn ja, welche Erkrankung? \_\_\_\_\_

Wer ist Ihr Hausarzt? (Name, Adresse, Telefonnummer)

---

Wer ist Ihr Zahnarzt? (Name, Adresse, Telefonnummer)

---

Bestehen allgemeinmedizinische Erkrankungen oder Infektionskrankheiten?  
( z.B. Herz-Kreislaufkrankung, Diabetes oder andere Erkrankungen, Hepatitis) ja nein

Wenn ja, welche Erkrankung? \_\_\_\_\_

Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein? ja nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Bestehen Allergien, Unverträglichkeiten oder der Verdacht einer  
Überempfindlichkeit gegen Materialien oder Medikamente? ja nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Wurde ihr Kind im letzten Jahr im Kopf-, Kiefer- oder Zahnbereich geröntgt? ja nein

Wenn ja, wo? \_\_\_\_\_

Hinweis: Unsere modernen Geräte gewährleisten eine möglichst geringe Strahlendosis!

Bei Mädchen: Besteht derzeit eine Schwangerschaft? ja nein

Wurde schon mal kieferorthopädisch behandelt? ja nein

Wenn ja, bei welchem Arzt? \_\_\_\_\_

Bestehen Kiefergelenksbeschwerden? ja nein

Bestehen oder bestand Zähneknirschen oder Zähnepressen? ja nein

Besteht Mundatmung, häufige Erkältung oder Schnarchen? ja nein

Gab es Unfälle mit Beteiligung der Zähne oder des Kiefers? ja nein

Bestehen/bestand Daumenlutschen oder wird ein Schnuller genommen? ja nein

Liegen Kiefer-, oder Zahnfehlstellungen in der Familie vor? ja nein

Besteht ein Sprachfehler? ja nein

Wie oft putzt Ihr Kind seine Zähne? \_\_\_\_\_ mal täglich

Geht Ihr Kind regelmäßig zum Zahnarzt? ja nein

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift des gesetzl. Vertreters





## Einverständniserklärung

zur Erhebung und Übermittlung von personenbezogenen Patientendaten

### Patientendaten

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_  
Straße, Nr.: \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_  
PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

### Ich erkläre mich einverstanden, dass die Praxis Ana Pohlmann ...

1. Behandlungsdaten und Befunde **bei anderen Ärzten und Leistungserbringern** zum Zwecke der Dokumentation und weiteren Behandlung **anfordert**.
2. Behandlungsdaten und Befunde an mich **behandelnde andere Ärzte** und **Leistungserbringer übermittelt**.
3. Behandlungsdaten **an zahnmedizinische Labore** zur Herstellung von **kieferorthopädischen Arbeiten** (Kiefermodellen und Zahnspangen) übermittelt.

### Einwilligung beim Wechsel der kieferorthopädischen Praxis

Ich bin damit einverstanden, dass die Praxis Ana Pohlmann meine Unterlagen von meiner bisherigen kieferorthopädischen Praxis anfordern darf.

Wenn ich die kieferorthopädische Praxis wechseln möchte, bin ich damit einverstanden, dass die Praxis Ana Pohlmann meine Unterlagen an die neue kieferorthopädische Praxis übermittelt.

### Hinweis zur jederzeitigen Widerrufbarkeit

Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann

\_\_\_\_\_  
Ort/Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Patienten bzw. des gesetzl. Vertreters

