



## Bem vindo!

No nosso consultório de ortodontia em Nürtingen! Para conseguirmos realizar um bom diagnóstico, precisamos de algumas informações para individualizar a terapia de acordo com os seus desejos e os critérios oferecidos. **Naturalmente todas suas informações serao tratadas com discrição.**

### Informação do paciente

Sobrenome: \_\_\_\_\_ Primeiro Nome: \_\_\_\_\_  
Data de Nascimento: \_\_\_\_\_ Seguro de saúde: \_\_\_\_\_  
Rua, Nr.: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_  
Cep/Cidade: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_  
Email: \_\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_

### Assegurado/responsável

Sobrenome: \_\_\_\_\_ Primeiro Nome: \_\_\_\_\_  
Data de Nascimento: \_\_\_\_\_ Seguro de saúde: \_\_\_\_\_  
Rua, Nr.: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_  
Cep/Cidade: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_  
Email: \_\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_

### Tipo de seguro saúde

seguro de saúde comum      privado  
seguro extra para ortodontia

### Recall?

sim      não      Se sim, por:      Email      Mensagem      Telefone

### Nós queremos que a sua visita no nosso consultório seja mais agradável o possível.

As próximas informações são necessárias assim para um bom trabalho em conjunto e como também para a melhor e individual terapia de acordo com as suas necessidades. As suas informações são confidenciais e somente de uso interno em pró a sua terapia. Elas estão sob o sigilo médico de acordo com o Parágrafo §203 da Lei de Punição (Strafgesetzbuches) e também de acordo com o sigilo de dados (Datenschutz). Para obter melhores resultados na ortodontia, assim como em todas as áreas médicas, é necessário o trabalho em conjunto (Teamwork). Durante a sua estada no nosso consultório, você será atendido por funcionárias excelentemente qualificadas que, naturalmente, seguem as intruções dadas pelo ortodontista. No mais, gostaríamos de pedir a você que se alguma radiografia oral tenha sido realizada que você a traga ou que nos dê o nome do colega para pedirmos as radiografias tiradas e evitar a exposição desnecessária ao raio-x.





## Nos ajude a lhe conhecer melhor!

Por que você veio até nós e o que podemos fazer por você?

---

O seu filho(a) está em algum tratamento médico? sim    não

Se sim, qual é o motivo? \_\_\_\_\_

Quem é o clínico geral? (Nome, Endereço, Telefone)

---

Quem é o dentista? (Nome, Endereço, Telefone)

---

O seu filho(a) tem algum problema de saúde? sim    não

(de coração, hepatite, diabetes, HIV)

Se sim, qual? \_\_\_\_\_

O seu filho(a) toma alguma medicação constantemente? sim    não

Se sim, qual? \_\_\_\_\_

Existe alguma alergia ou sensibilidade a medicação  
ou material que foi diagnosticado? sim    não

Se sim, qual? \_\_\_\_\_

O seu filho(a) já foi radiografado na parte de cabeça e pescoço? (nos últimos anos) sim    não

Se sim, onde? \_\_\_\_\_

Importante: Nossos aparelhos de raio-x são de última tecnologia e utilizam pequena dose de raio-x com máxima qualidade!

Para mulheres: Você está grávida? sim    não

O seu filho(a) já teve um tratamento ortodôntico? sim    não

Se sim, onde? \_\_\_\_\_

O seu filho(a) possui problemas de articulação temporomandibular? sim    não

O seu filho(a) faz bruxismo? sim    não

O seu filho(a) tem o hábito de respirar pela boca, está frequentemente gripado ou ronca? sim    não

Já sofreu algum trauma de cabeça e pescoço? sim    não

Tem alguém na família com problema nos dentes? sim    não

Já foi diagnosticado algum problema de fala? sim    não

Quantas vezes ao dia o seu filho(a) limpa os dentes? \_\_\_\_\_ vezes ao dia

O seu filho(a) vai regularmente ao dentista? sim    não

---

Data, Assinatura do responsável





## 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

