



KIEFERORTHOPÄDISCHE FACHPRAXIS

DR. DONATA MÜLLER-PIEL

Herzlich willkommen in unserer Praxis!

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

bevor wir uns in Ruhe über Ihre kieferorthopädischen Wünsche oder Sorgen unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine adäquate und risikofreie Behandlung. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Haben Sie Fragen oder gibt es Unklarheiten beim Ausfüllen der unteren Daten, helfen wir Ihnen gern weiter.

Personalien

Nachname des Patienten		Nachname des Versicherten	
Vorname des Patienten	Geburtsdatum	Vorname des Versicherten	Geburtsdatum
Straße, Hausnummer		Arbeitgeber	
PLZ, Ort	Vorname des Ehegatten		Geburtsdatum
Telefon	E-Mail		
Zahnarzt			
Krankenkasse	Zusatzversicherung ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Beihilfeberechtigt ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	

Gesundheitsfragen

	JA	NEIN
Haben Sie bekannte Allergien?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, worauf?		
Nehmen Sie Medikamente ein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche?		
Leiden oder litten Sie an einer der nachfolgenden Krankheiten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Asthma <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Hepatitis <input type="checkbox"/> Rheuma <input type="checkbox"/> Tuberkulose		
<input type="checkbox"/> Herzleiden <input type="checkbox"/> Epilepsie <input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/> Blutungsneigung		
Wann wurden Sie das letzte Mal geröntgt?		
Datum:		
Organ:		
Sind Sie Schwanger?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ort, Datum	Versicherter bzw. gesetzlicher Vertreter
------------	--

Vielen Dank für Ihre Mithilfe! Bitte teilen Sie uns Änderungen der obigen Angaben mit!