



Dr. Andrea Heym
Kieferorthopädin

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Adresse:

Telefon/Fax

E-Mail:

Krankenkasse/ Versicherung:

Arbeitgeber:

Überwiesen von:

Behandelnder Zahnarzt:

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Wir möchten mehr über Sie wissen, um mögliche Ursachen der Zahnfehlstellung zu erkennen und das zu erwartende Behandlungsergebnis besser abschätzen zu können.

Bitte helfen Sie uns dabei, indem Sie folgende Fragen beantworten (bitte Unzutreffendes streichen):

Waren Sie bereits in kieferorthopädischer Behandlung oder zur Beratung? **Ja/nein**
Wurden Zähne geröntgt? **Ja/Nein** Wenn ja, wo und wann?

Allergien (wogegen?) **nein/ja:** _____

Häufigen Erkältungen **nein/ja** HNO-Arzt: _____

Allgemeinerkrankungen (z.B. Asthma, Rheuma, Hepatitis, Diabetes, Schilddrüsenfehlfunktion, Tuberkulose, Herz-

Kreislauf-Erkrankungen, Hauterkrankungen, AIDS, Hepatitis, sonstiges: **nein/ja:** _____

Schmerzen im Kieferbereich **nein/ja:**

Kiefergelenkknacken **nein/ja:**

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente: _____

Wurden durch Unfall/äußere
Einwirkung Zähne beschädigt? **nein/ja, im Jahr** _____

Hiermit erteile ich mein Einverständnis zur

- ggf. Übergabe Unterlagen/Daten-Übergabe an Praxis-Partner oder -Nachfolger bzw. Hauszahnarzt (z.B. Röntgenbilder)
- Behandlung ggf. gleichzeitig mit anderen Patienten im selben Raum
- Röntgen-Diagnostik im nötigen Umfang gemäß Gutachter-Kommission

Hinweise:

- Behandlungsgeräte, Modelle, Röntgenbilder bleiben Praxiseigentum (Umsatzsteuer-Gesetz §4)
- Wiederholtes Versäumen von Terminen und Verlust von Behandlungsgeräten muss bei Kostenübernahme durch die GKV Ihrer Krankenkasse angezeigt werden; ggf. müssen Sie privat für die daraus entstehenden Kosten aufkommen
- Die in der Praxis ausliegende Datenschutzerklärung habe ich zur Kenntnis genommen (wird bei Bedarf ausgehändigt)

Hamburg, den

Unterschrift:

