



DR. WILMA LORBER

KIEFERORTHOPÄDIN

Reichsstraße 16 • 66111 Saarbrücken

Herzlich Willkommen in unserer Praxis

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

Patient:

Name	Vorname	Geburtsdatum	Geburtsort
------	---------	--------------	------------

Versicherter:

Name	Vorname	Geburtsdatum
------	---------	--------------

Anschrift:

Straße	Nr.	Wohnort
--------	-----	---------

Telefon Mobil:

Telefon Festnetz:

Mail:

Krankenkasse/
Versicherung:

freiwilliges Mitglied

Name des Erziehungsberechtigten

Beruf und
Arbeitgeber der Eltern/des Versicherten:

Zahnarzt:

Ich bin einverstanden, dass ich/ mein Kind mit Namen/seinem Namen aufgerufen wird.

Für Kassenpatienten:

Wir brauchen die Krankenversichertenkarte bei jedem Besuch (bzw. 1x pro Quartal) in der Praxis. Liegt sie uns auch 14 Tage nach der Behandlung nicht vor, so betrachten wir sie als Privatpatient und Sie erhalten eine Rechnung nach der privaten Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ).

Bestellpraxis:

Wir sind immer bemüht, Ihnen lange Wartezeiten zu ersparen. Deshalb bitten wir Sie, vereinbarte Termine mindestens 24 Stunden vorher abzusagen, falls Sie verhindert sind

Daten:

Im Falle der Veräußerung der Praxis bin ich damit einverstanden, dass die gesamten Unterlagen an den Erwerber weitergegeben werden.

Datum

Unterschrift

Anamnese 006/09/23

Ärztliche Anamnese:**Ja****Nein**

Ist der Patient in ärztlicher Behandlung?
Wenn ja, wo?

.....

Werden regelmäßig Medikamente eingenommen?
Wenn ja, welche?

.....

Bestehen scherviegele Erkrankungen?

.....

-Herz-Kreislaufferkrankungen

-Diabetes

-Asthma

-Rheuma

-Epilepsie

-Infektionen (Hepatitis, TB, HIV)
Wenn ja, welche

.....

Bestehen Allergien?(Nickel, Chrom, Latex, Kunststoffe,)
Wenn ja, welche?

.....

Unfälle, Verletzungen, Operationen in Kopf- und Gesichtsbereich

Zahnärztliche Anamnese:

War der Patient/in schon in kieferorthopädischer Behandlung?
Wenn ja, wo?

Liegen **Knacken/**
Schmerzen im Kiefergelenk vor?

War der Patient/in schon in logopädischer Behandlung?

Röntgen:

Wurde der Patient in den letzten 12 Monaten geröntgt?
Wenn ja, wo?

.....

Röntgenbilder dürfen als E- Mail weiter gegeben werden
z. B. an ihren den Zahnarzt

Sind Sie mit den im Laufe der kieferorthopädischen Behandlung
Notwendigen Röntgenaufnahmen einverstanden?

Datum:

Unterschrift:
