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 den Personalien auch Auskünfte über den allgemeinen Gesundheitszustand Ihres Kindes. Dies ist wichtig für eine sichere Behandlung. Alle Angaben unterliegen der zahnärztlichen Schweigepflicht. Wie wir mit Ihren Daten umgehen, erläutert unsere Patienteninformation zum Datenschutz.

Patient/in: Name, Vorname, Geburtsdatum

Versicherte/r (falls abweichend): Name, Vorname, Geburtsdatum

Anschrift: Straße, Nr., PLZ, Wohnort

Telefon mobil: Telefon Festnetz:

E-Mail:

Krankenkasse/Versicherung:

☐ gesetzlich versichert ☐ freiwillig gesetzlich versichert

☐ privat versichert ☐ beihilfeberechtigt

Name der/des Erziehungsberechtigten:

Hauszahnarzt/Hauszahnärztin:

Sorgerecht

☐ Ich bin allein sorgeberechtigt.

☐ Ich bin gemeinsam mit dem anderen Elternteil sorgeberechtigt und handle mit dessen Einverständnis.

Hinweis für gesetzlich Versicherte

Bitte legen Sie die elektronische Gesundheitskarte bei der ersten Behandlung in jedem Quartal vor. Liegt uns innerhalb von 10 Tagen nach der Behandlung weder die Karte noch ein anderer gültiger Versicherungsnachweis vor, stellen wir die Behandlung privat nach der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) in Rechnung.

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.

Ärztliche Anamnese

Ist der Patient / die Patientin in ärztlicher Behandlung? ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, wo und weshalb?

Werden regelmäßig Medikamente eingenommen? ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, welche?

Bestehen schwerwiegende Erkrankungen?

Herz und Kreislauferkrankungen ☐ Ja ☐ Nein

Diabetes ☐ Ja ☐ Nein

Asthma ☐ Ja ☐ Nein

Rheuma ☐ Ja ☐ Nein

Epilepsie ☐ Ja ☐ Nein

Blutgerinnungsstörungen oder Einnahme blutverdünnender Medikamente ☐ Ja ☐ Nein

Infektionskrankheiten (Hepatitis, TB, HIV) ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja oder sonstige Erkrankungen, welche?

DR. WILMA LORBER
KIEFERORTHOPÄDIN
Reichsstraße 16 • 66111 Saarbrücken

Bestehen Allergien oder Unverträglichkeiten (z. B. Nickel, Chrom, Latex, Kunststoffe, Medikamente)? ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, welche?

Gab es Unfälle, Verletzungen oder Operationen im Kopf und Gesichtsbereich? ☐ Ja ☐ Nein

Zahnärztliche Anamnese

War der Patient / die Patientin schon in kieferorthopädischer Behandlung? ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, wo?

Treten Knackgeräusche im Kiefergelenk auf? ☐ Ja ☐ Nein

Bestehen Schmerzen im Kiefergelenk? ☐ Ja ☐ Nein

War der Patient / die Patientin schon in logopädischer Behandlung? ☐ Ja ☐ Nein

Röntgen

Wurde der Patient / die Patientin in den letzten 12 Monaten geröntgt? ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, wo?

Sind Sie mit den im Laufe der kieferorthopädischen Behandlung notwendigen Röntgenaufnahmen einverstanden? Über Notwendigkeit und Art jeder Aufnahme informieren wir Sie vorher. ☐ Ja ☐ Nein

Bei Patientinnen im gebärfähigen Alter fragen wir vor jeder Röntgenaufnahme persönlich nach einer möglichen Schwangerschaft.

Einwilligungen

Die folgenden Einwilligungen sind freiwillig. Die Behandlung hängt nicht davon ab. Sie können jede Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen.

Aufruf mit Namen: Ich bin einverstanden, dass mein Kind im Wartezimmer mit Namen aufgerufen wird. ☐ Ja ☐ Nein

Röntgenbilder per E-Mail: Ich bin einverstanden, dass Röntgenbilder meines Kindes bei Bedarf per E-Mail an den behandelnden Zahnarzt oder an mich gesendet werden. Mir ist bekannt, dass eine normale E-Mail unverschlüsselt übertragen wird und Unbefugte den Inhalt einsehen könnten. ☐ Ja ☐ Nein

Terminerinnerung: Ich bin einverstanden, per E-Mail oder SMS an Termine erinnert zu werden. ☐ Ja ☐ Nein

Praxisübergabe: Ich bin einverstanden, dass im Falle einer Übergabe oder Veräußerung der Praxis die Behandlungsunterlagen meines Kindes an die Praxisnachfolgerin oder den Praxisnachfolger übergeben werden. ☐ Ja ☐ Nein

Bestätigung

Ich versichere, dass die Angaben vollständig und richtig sind, und teile Änderungen des Gesundheitszustands mit. Die Patienteninformation zum Datenschutz habe ich erhalten.

Datum: Unterschrift der/des Erziehungsberechtigten: