

Um Sie bzw. Ihr Kind ordnungsgemäß behandeln zu können, brauche ich genaue Angaben über persönliche Daten. Ich möchte Sie daher bitten, den Personalbogen gewissenhaft auszufüllen und alle Fragen zutreffend zu beantworten. **Bitte kreuzen Sie die zutreffenden Antworten an.**

Die Angaben werden selbstverständlich vertraulich behandelt.

Aufgrund der örtlichen Gegebenheiten (Behandlungssaal) ist ein vertrauliches Gespräch nicht immer möglich. Sprechen Sie uns gerne an, wenn Sie ein vertrauliches Gespräch wünschen, wir werden dies dann für die Behandlung berücksichtigen.

▪ **Patient:**

Nachname: _____ Vorname: _____ Geb.-Datum: _____

Geburtsort: _____ Handynummer: _____ E-Mailadresse: _____

▪ **Versicherter** (in der Regel sind Kinder über die Mutter oder den Vater versichert):

Nachname : _____ Vorname: _____ Geb.-Datum: _____

Straße: _____ Ort: _____ Tel.: _____

Krankenkasse: _____ Handynr.: _____ Emailadresse: _____

Zusatzversicherung: ja nein **Versicherungsstatus:** Mitglied Familienangehöriger Rentner

▪ **Erziehungsberechtigter:**

Name: _____ Vorname: _____ Geb.-Datum: _____

Straße: _____ Ort: _____

Beruf: _____ Arbeitgeber: _____

Telefon privat: _____ Telefon berufl. _____

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? _____

Wurde der Patient schon einmal im Gesichtsbereich geröntgt? ja nein

Wenn ja, wann? _____

Erfolgte bereits eine kieferorthopädische Beratung? ja nein

Wenn ja wo? _____

War der Patient schon einmal in kieferorthopädischer Behandlung? ja nein

Wenn ja wo? _____

Name des Zahnarztes: _____

Name des Überweisers: _____

Wie lange liegt der letzte Zahnarztbesuch zurück? _____

Sind frühzeitig Milchzähne entfernt worden? ja nein

Hat einer der Eltern eine Zahnfehlstellung? ja nein

Hat der Patient Beschwerden beim Kauen? ja nein

Erkrankungen im Mund, Kieferoperationen, Unfälle (z.B. im Frontzahnbereich) ? ja nein

Wenn ja was und wann? _____



Gewohnheiten:

- Schnuller Lutschen Lippenbeißen Knirschen Mundatmung Sprachfehler
 Schnarchen Schlafstörung

Was stört sie am meisten (z.B. Zähne stehen lückig, Unterkiefer liegt zurück, Oberkiefer steht vor)?

Ist der Patient z. Zt. in ärztlicher Behandlung? ja nein

Wenn ja, weshalb? _____

Werden regelmäßig Medikamente eingenommen? ja nein

Wenn ja wofür? _____

Bestehen irgendwelche Krankheiten (Rachitis, Diabetes, Tuberkulose, Asthma, Aids, Allergie, Epilepsie, Herzfehler, Hepatitis, Blutungsneigung oder Sonstige)? _____

Wir bitten darum Terminabsagen mindestens 24 Stunden vor dem Termin mitzuteilen. Ist eine Absage aus gesundheitlichen Gründen nicht fristgemäß einzuhalten, informieren Sie uns bitte umgehend. Für nicht abgesagte Termine stellen wir ein Ausfallhonorar in Höhe von 80,00€ in Rechnung.
Bitte beachten Sie, dass Sie das Ausfallhonorar nicht von Ihrer Krankenkasse erstattet bekommen.

Mit der Speicherung der o.g. Daten erkläre ich mich einverstanden. Bei Änderungen setze ich Dr. Hartwig unverzüglich in Kenntnis. Zur Erstellung eines kieferorthopädischen Behandlungsplanes wird eine Anfangsuntersuchung benötigt (Abdrücke, Fotos, Röntgenbilder). Es wird ein Eigenanteil (20%) berechnet. Dieser wird nach Abschluss bei erfolgreicher Behandlung von der Krankenkasse erstattet.

Ich gebe mein Einverständnis zur Unterlagenerstellung: ja nein

Ort, Datum

Unterschrift des Versicherten / Erziehungsberechtigten