



Dr. Iris Fräsch
Dr. Hanni Kremer
Kieferorthopädinnen

Aufnahmebogen

Münchner Straße 45
82362 Weilheim
Telefon 0881/8337
Telefax 0881/9256210

Herzlich Willkommen in unserer Praxis!

Wir freuen uns, Sie als neuen Patienten bei uns begrüßen zu dürfen. Bevor wir uns in Ruhe über eine eventuell notwendige kieferorthopädische Behandlung unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über den allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine umfassende und angemessene Behandlung. Bitte füllen Sie diesen sogenannten Aufnahmebogen vollständig aus und bringen ihn zum Erstberatungstermin mit. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Nachname des Patienten

Nachname des Versicherten

Vorname geb. am

Vorname geb. am

Straße

Arbeitgeber

PLZ Ort

Zusatzversicherung

Telefon

Krankenkasse

Handynummer (freiwillig)

Zahnarzt

Anamnese (Krankengeschichte):

1, Auf welche Empfehlung hin, haben Sie sich für unsere Praxis entschieden?

- Zahnarzt Verwandte oder Freunde in Behandlung
 Internet Sonstiges: _____

2, Wurde bereits früher eine kieferorthopädische Behandlung durchgeführt? ja nein

Wenn ja, bei wem/wo? _____

3, Sind Sie derzeit in kieferorthopädischen Behandlung? ja nein

Wenn ja, bei wem/wo? _____

4, Sind Sie derzeit in ärztlicher Behandlung? ja nein

Wenn ja, wegen welcher Erkrankung? _____

5, Leiden oder litten Sie an einer der genannten Krankheiten?

- | | | |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| Herzkrankungen (z.B. Herzschwäche) | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Kreislaufkrankungen (zu hoher/zu niedriger Blutdruck) | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Bluterkrankungen | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Ohnmachtsanfälle | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Erkrankungen des Nervensystems (z.B. Epilepsie) | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Infektionskrankheiten | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

Allergien: _____ ja nein

Sonstige Erkrankungen: _____ ja nein

6, Müssen Sie Medikamente einnehmen?

Wenn ja, welche? _____ ja nein

7, Gibt es Nichtanlagen von Zähnen in der Familie?

ja nein

8, Knirschen Sie mit den Zähnen?

ja nein

9, Haben Sie Kiefergelenksbeschwerden oder Kiefergelenksknacken?

ja nein

10, Hatten Sie einen Unfall mit Auswirkungen auf den Zahn- Kieferbereich erlitten?

Wenn ja, wann mit welchen Auswirkungen _____ ja nein

11, Wurden Sie im letzten Jahr im Kopf- Kiefer- Zahnbereich geröntgt?

ja nein

12, Dürfen wir Sie per SMS an Ihre zukünftigen Termine erinnern?

ja nein

Ihre Gesundheit liegt uns am Herzen!

Für eine korrekte Behandlungsplanung ist die Anfertigung gezielter Röntgenaufnahmen unerlässlich. Unsere neuen Röntgengeräte arbeiten mit modernster digitaler Röntgentechnik. Damit sparen wir bei jeder Aufnahme eine Röntgenbelastung von bis zu 95% zu herkömmlichen Geräten ein.

Für einen reibungslosen Behandlungsablauf werden wir ggf. die angefertigten Röntgenaufnahmen Ihrem Hauszahnarzt oder dem behandelnden Chirurgen auf Anforderung übermitteln.

Wir sind immer bemüht, Ihnen lange Wartezeiten zu ersparen. Deshalb bitten wir Sie, vereinbarte Termine mindestens 24 Stunden vorher abzusagen, falls Sie verhindert sind. Wir sind berechtigt (§615 BGB), nicht eingehaltene Termine auch Mitgliedern der gesetzlichen Krankenversicherung nach der privaten Gebührenordnung (GOZ) in Rechnung zu stellen.

Weilheim, den _____
Datum

Unterschrift

Wir bedanken uns für Ihre Mitarbeit!

Dr. Iris Frasch, Dr. Hanni Kremer Kieferorthopädinnen
Münchner Straße 45, 82362 Weilheim, Telefon 0881/8337, Telefax 0881/9256210