

Kieferorthopädische Praxis

Dr. Klaudia Brauner

Sehr geehrte Dame,
Sehr geehrter Herr,

willkommen in der Praxis für Kieferorthopädie. In Vorbereitung auf Ihre Untersuchung, bitten wir Sie, die folgenden Fragen auf dieser Seite und auf der Rückseite möglichst genau und vollständig zu beantworten. Fragen beantworten Ihnen gerne unser Team oder Ihre behandelnde Kieferorthopädin. Wir wünschen Ihnen stets einen angenehmen Aufenthalt.

Nachname	Vorname	Geburtsdatum	Geschlecht
Strasse, Hausnummer		PLZ, Ort	
Telefon Privat	Telefon Geschäftlich	Mobil	
Email		Beruf	
Name Ihrer Versicherung / Krankenkasse			
Sind Sie Beihilfeberechtigt?		Haben Sie eine Zusatzversicherung?	
Überweisender Arzt oder Zahnarzt : Name, Adresse, Tel.			

Sind Patient und Zahlungspflichtiger nicht identisch, bitten wir um folgende Angaben		
Nachname (Zahlungspflichtiger)	Vorname	Geburtsdatum
Strasse, Hausnummer		PLZ, Ort
Hat der Patient das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet, ist für eine Behandlung die Einverständnis-erklärung des Erziehungsberechtigten notwendig.		
Datum	Erziehungsberechtigter	

Für Ihr Wohlbefinden servieren wir Ihnen gerne folgende frisch zubereitete Getränke Ihrer Wahl				
Kaffee	Latte M.	Cappucino	Espresso	Tee (Schwarz, Grün, Frucht)
Wasser (CO2 Normal / CO2 Mittel / Still)				

Wie sind Sie auf die Praxis Brauner Wegner Priehn aufmerksam geworden?		
Empfehlung	Internet	Printwerbung
Anders:		

Allergien / Unverträglichkeiten:			
Lokalanästhetika	JA	NEIN	
Antibiotika	JA	NEIN	
Schmerzmittel	JA	NEIN	
Andere?			

Infektionskrankheiten:			
Hepatitis A, B oder C	JA	NEIN	
HIV	JA	NEIN	
Andere?			

Herz-Kreislauf-Erkrankungen:			
Wie ist Ihr Blutdruck?	Hoch	Normal	Niedrig
Herzerkrankung	JA	NEIN	
Herzoperation	JA	NEIN	
Herzklappenerkrankung	JA	NEIN	
Herzschrittmacher	JA	NEIN	

Weitere mögliche Erkrankungen:			
Blutgerinnungsstörungen	JA	NEIN	
Lungenerkrankungen	JA	NEIN	
Asthma	JA	NEIN	
Schilddrüsenerkrankungen	JA	NEIN	
Rheuma	JA	NEIN	
Diabetes	JA	NEIN	TYP:
Nierenfunktionsstörungen	JA	NEIN	
Ohnmachtsneigung	JA	NEIN	
Andere?			

Sind Sie schwanger?	JA	NEIN	Nicht sicher
---------------------	----	------	--------------

Schnarchen Sie?	Ja	NEIN	
Beobachtet Ihr Partner Atemaussetzer?	JA	NEIN	
Sind Sie tagsüber oft müde?	JA	NEIN	
Leiden Sie unter Herpes oder Aphten?	JA	NEIN	
Sind Sie mit Ihrer Zahnfarbe zufrieden?	JA	NEIN	
Knirschen Sie mit Ihren Zähnen?	JA	NEIN	
Beobachten Sie Zahnfleischbluten?	JA	NEIN	
Haben oder hatten Sie Kiefergelenksbeschwerden?	JA	NEIN	
Beobachten Sie vermehrt Zahnbewegungen?	JA	NEIN	

Im Rahmen von Patientenabenden informieren wir unsere Patienten gerne über zahnmedizinische Themen, die auch für Sie von Interesse sein könnten. Zu welchen Themen dürfen wir Sie einladen?	
Prophylaxe und professionelle Zahnreinigung: Vorbeugen statt Behandeln	JA
Bleaching: Der richtige Weg zu helleren Zähnen.	JA
Schnarchen und Schlafapnoe: Wie gefährlich ist mein Schlaf?	JA

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich alle Fragen verstanden und nach bestem Wissen beantwortet habe.	
Datum	Unterschrift