

Einwilligung

Ich erkläre mich einverstanden, dass die Behandler(in) und Mitarbeiter(innen) der Praxisgemeinschaft **Dr. Wolfgang Prött & Dr. Rieke Swoboda MSc** meine Patientendaten/die Daten des Patienten einsehen und bearbeiten können, soweit dies zu Behandlungs- und Verwaltungszwecken erforderlich ist.

Ich/wir bestätigen, dass ich/wir mit dem Erhalt von elektronischen Mitteilungen ausgestellt von o.g. Praxis für die Behandlung einverstanden bin/sind.

Bitte senden Sie die Rechnungen und andere Mitteilungen ab sofort bis auf Widerruf als E-Mail mit PDF Anhang an folgende E-Mail Adresse:

 (E-Mail Adresse für die elektronische Rechnung bzw. Mitteilung)

 Ort/Datum

 Unterschrift des Patienten bzw. gesetzl. Vertreters

Dr. Wolfgang Prött

Dr. Rieke Swoboda

Fachzahnärzte für Kieferorthopädie

Bismarckstr. 79

26384 Wilhelmshaven

Tel.: 04421 - 33 00 1

Fax: 04421 - 36 53 03

e-mail: termine@dr-proett-swoboda.de

| | | |
|---|---|---|
| PATIENT | Name, Vorname | Geboren am |
| Anschrift mit Postleitzahl | | |
| Patienten-Mutter | | Geboren am |
| Anschrift mit Postleitzahl | | |
| Patienten-Vater | | Geboren am |
| Anschrift mit Postleitzahl | | |
| Telefon Nr. | | |
| E-Mail | | |
| Handy-Nr. | | |
| Patient ist versichert über: | | |
| Mutter <input type="checkbox"/> | Vater <input type="checkbox"/> | Selbstversichert <input type="checkbox"/> |
| Krankenkasse : | | |
| pfllichtversichert <input type="checkbox"/> | beihilfeberechtigt <input type="checkbox"/> | Basistarif <input type="checkbox"/> |
| Privat <input type="checkbox"/> | Zusatzversicherung <input type="checkbox"/> | |
| Zahnarzt: | | |
| Bericht an Zahnarzt erwünscht | JA <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| Recall Termin erwünscht | JA <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |

Risiko-Anamnese:

Waren Sie in den letzten Jahren in ärztlicher Behandlung
oder im Krankenhaus?

JA

Nein

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?
Wenn Ja => Welche?

Sind Sie gegen bestimmte Medikamente überempfindlich?
Wenn Ja => Welche?

Nur für Patientinnen: Besteht z.Zt. eine Schwangerschaft

Leiden Sie an:

Herz- oder Kreislauferkrankungen?

Blutkrankheiten, Blutungsneigung?
Wenn Ja => Welche?

Allergien, z. B. Asthma, Heuschnupfen?
Wenn Ja => Welche?

Sonstige Erkrankungen?
Wenn Ja => Welche?

Spezielle Anamnese:

Besteht ein Sprachfehler, Zungendysfunktion,
Lippendysfunktion?
Wenn Ja => Welche?

JA

Nein

Besteht eine Mundatmung?

Besteht eine Lutschanomalie?

Wurden Rachen- und/oder Gaumenmandeln entfernt?

Besteht ein Schnarch- und/oder Schlafproblem?

Röntgen:

Wurde innerhalb der letzten 12 Monate eine Röntgenauf-
nahme angefertigt?

Wenn JA => in welchem Bereich?

Sonstiges:

Waren Sie schon vorher in einer kieferorthopädischen
Behandlung?
Wenn JA => Wo und wann?

Allgemeines: