

Einwilligung Bitte nicht Gewünschtes durchstreichen!

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 ☐	Vater ☐	Selbstversichert ☐
Krankenkasse :		
pfllichtversichert ☐	beihilfeberechtigt ☐	Basistarif ☐
Privat ☐		Zusatzversicherung ☐
Zahnarzt:		
Terminreminderung erwünscht	JA ☐	Nein ☐

Name, Vorname: _____

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?

☐☐

Leiden Sie an :

Herz- oder Kreislauferkrankungen?

☐☐

Blutkrankheiten, Blutungsneigung?
Wenn Ja => Welche?

☐☐

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

☐☐

Sonstige Erkrankungen?
Wenn Ja => Welche?

☐☐

Nur für Patientinnen: Besteht z.Z. eine Schwangerschaft?

☐☐

Spezielle Anamnese:

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

JA

☐

Nein

☐

Besteht eine Mundatmung beim Schlafen?

☐☐

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: