

Dr. med. dent. Samy Saymé
Fachzahnarzt für Kieferorthopädie
Großer Zimmerhof 28
38300 Wolfenbüttel
Tel.: 05331/ 2533

FORMULAR FÜR ERWACHSENE

HERZLICH WILLKOMMEN IN UNSERER KIEFERORTHOPÄDISCHEN PRAXIS !

Um Sie fachgerecht beraten und behandeln zu können, benötigen wir neben den Personalien auch einige Angaben zu bestimmten Gesundheitsfragen.

Bitte füllen Sie diese vollständig aus. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

1. Persönliche Angaben

PATIENT

NAME _____ VORNAME _____ GEBURTSDATUM _____

ADRESSE

STRASSE _____ PLZ _____ WOHNORT _____

TELEFON / E-MAIL

PRIVAT _____ MOBIL _____ BERUFLICH _____
E-MAIL _____

BERUF/TÄTIGKEIT _____

2. Versicherung, Hausarzt, Grund des Kommens

KRANKENKASSE/ -VERSICHERUNG: NAME DER KASSE _____

PRIVAT BEIHILFEBERECHTIGT GESETZLICH PFLICHTVERSICHERT GESETZLICH FREIWILLIG VERSICHERT
 (PRIVAT) ZUSATZVERSICHERUNG FÜR KIEFERORTHOPÄDIE VORHANDEN

HAUSZAHNARZT: NAME DES ZAHNARZTES _____ PRAXISORT _____

GRUND DES KOMMENS: EMPFEHLUNG DURCH HAUSZAHNARZT EMPFEHLUNG VON: _____
 GESCHWISTERKIND IN BERATUNG/BEHANDLUNG? NAME: _____

SOLLTEN SIE NICHT SELBST KRANKENVERSICHERT SEIN, ÜBER WEN SIND SIE VERSICHERT?

NAME _____ VORNAME _____ GEBURTSDATUM _____

Angaben zum Gesundheitszustand

(Zutreffendes bitte ankreuzen!)

3. Gesundheitszustand

WURDEN BEI IHNEN EINE ODER MEHRERE DER FOLGENDEN KRANKHEITEN FESTGESTELLT?

DIABETES KREISLAUFSTÖRUNGEN ASTHMA HERZINNENHAUTENTZÜNDUNG (ENDOKARDITIS)
LEBERENTZÜNDUNG (HEPATITIS) AIDS, HIV BLUTGERINNUNGSSTÖRUNGEN ANDERE: _____

Allergien? Wenn ja, wogegen? _____

Sonstige Allgemeinerkrankungen, Operationen oder Behinderungen? _____

Befinden Sie sich zur Zeit in allgemeinärztlicher Behandlung? Ja Nein

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Ja Nein Wenn ja, welche? _____

4. familiäre Disposition und craniomandibuläre Dysfunktion (Kiefergelenksbeschwerden)

GIBT ES IN IHRER FAMILIE KIEFER- ODER ZAHNFEHLSTELLUNGEN? JA NEIN

(Z. B. NICHTANLAGE VON ZÄHNEN, NACH VORN ODER NACH HINTEN STEHENDER UNTERKIEFER, STARKE DREH- UND ENGSTÄNDE VON ZÄHNEN U. A.)

WENN JA, WELCHE? _____

HABEN SIE SCHMERZEN BEI WEITER MUNDÖFFNUNG, GROßEN BISSEN, BEIM KAUFEN, BEIM GÄHNEN? JA NEIN

TRATEN BEI IHNEN SCHON EINMAL GERÄUSCHE IM KIEFERGELENK AUF? JA NEIN

WENN JA, AUF WELCHER SEITE? _____

HATTEN SIE SCHON EINMAL SCHMERZEN IM KIEFERGELENKSBEREICH? JA NEIN

HATTEN SIE SCHON EINMAL SCHMERZEN AN DEN KAUFMUSKELN? _____ JA NEIN

KNIRSCHEN SIE MIT DEN ZÄHNEN? JA NEIN

5. Unfälle

HATTEN SIE JEMALS EINEN UNFALL MIT BETEILIGUNG DER ZÄHNE ODER DES KIEFERS? JA NEIN

WENN JA, IN WELCHEM ALTER? _____

WELCHE BESCHWERDEN TRATEN AUF? _____

WURDEN BEI IHNEN SCHON BLEIBENDE ZÄHNE GEZOGEN/OPERATIV ENTFERNT? JA NEIN

WENN JA, WELCHE? _____

FORMULAR FÜR ERWACHSENE

6. Kieferorthopädische Vorbehandlung

WURDEN SIE SCHON KIEFERORTHOPÄDISCH BERATEN? JA NEIN

WENN JA, BEI WEM? _____

WURDEN SIE SCHON KIEFERORTHOPÄDISCH BEHANDELT? JA NEIN

WENN JA, WANN UND BEI WEM? _____

7. Röntgen

BESITZEN SIE EINEN RÖNTGENPASS? JA NEIN

FALLS NICHT, MÖCHTEN SIE, DASS WIR IHNEN IM FALLE EIGENER RÖNTGENUNTERSUCHUNGEN

EINEN RÖNTGENPASS AUSSTELLEN? JA NEIN

WURDEN SIE IN DEN LETZTEN 12 MONATEN GERÖNTGT? JA NEIN

WENN JA, WANN? WO? AUS WELCHEM GRUND? WELCHE KÖRPERREGION? _____

NUR FÜR WEIBLICHE PATIENTEN: LIEGT EINE SCHWANGERSCHAFT VOR? JA NEIN

8. Hauptgrund der Vorstellung

WAS IST DER HAUPTGRUND DER VORSTELLUNG IHRES KINDES IN UNSERER PRAXIS?

Bitte teilen Sie uns Änderungen des Gesundheitszustandes Ihres Kindes umgehend mit!

Die oben stehenden Angaben sind vollständig und korrekt.

Hiermit erkläre ich mich damit einverstanden, dass mein Kind in der kieferorthopädischen Praxis Dr. Saymé untersucht und beraten wird.

Ort

Datum

Unterschrift gesetzlicher Vertreter/Erziehungsberechtigter