

Thomas Harnisch
Fachzahnarzt für Kieferorthopädie
Große Kalandstr. 2
06667 Weißenfels

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Wir bitten Sie, diesen Vordruck sorgfältig auszufüllen. Die Angabe benötigen wir für Ihre Behandlung und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Name des Patienten:

Größe:

Geburtsdatum:

Gewicht:

Leiden Sie an einer Allergie (), Blutkrankheit (), Diabetes (), Asthma bronchiale (), HIV (), Epilepsie (), Infektionserkrankung (), Herz-Kreislauf-Erkrankung (), sonstige Erkrankungen ()?

Falls ja, genaue Angabe: _____

Wurde Ihnen ein Herzschrittmacher eingesetzt? ja () nein ()

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

Falls ja, welche: _____ ja () nein ()

Haben Sie sich innerhalb der letzten 6 Monate einem chirurgischen Eingriff unterzogen?

ja () nein ()

Falls ja, bitte genauere Angaben _____

Wurden Sie schon einmal kieferorthopädisch beraten?

ja () nein ()

Wurden Sie schon einmal kieferorthopädisch behandelt?

ja () nein ()

Falls ja, von _____ bis: _____

Wer hat die kieferorthopädische Behandlung veranlasst?

Zahnarzt (), Patient ()

Haben Sie vor einiger Zeit einen Unfall erlitten, wobei bleibende Zähne verletzt bzw. beschädigt wurden? Falls ja, wann: _____

ja () nein ()

Sind Sie innerhalb der letzten 6 Monate Röntgenaufnahmen von Ihnen angefertigt worden? Falls ja, welche: _____

ja () nein ()

Für weibliche Patienten:

Besteht eine Schwangerschaft?

ja () nein ()

Ich bin mit den im Rahmen der gesamten kieferorthopädischen Behandlung notwendigen Röntgenaufnahmen einverstanden.

Anschrift des Patienten:

PLZ, Wohnort, Straße:.....

Telefon:..... tagsüber zu erreichen unter Tel:.....

E-mail Adresse:.....

Ich verpflichte mich, eintretende Änderungen (Krankenkassen- und Wohnsitzwechsel, Schwangerschaftseintritt, Gesundheitszustand) unverzüglich mitzuteilen.

Es dürfen nur folgenden Personen Informationen zu meiner Behandlung oder Terminen gegeben werden.

Bitte mit Vor- und Zunamen ausfüllen:

Datum:

Unterschrift Patient/in