

DR. CAROLA WOLLENHAUPT

PRAXIS FÜR KIEFERORTHOPÄDIE

HERZLICH WILLKOMMEN IN UNSERER FACHPRAXIS!

Bevor wir uns in Ruhe über den Grund Ihres Besuches unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine adäquate und risikofreie Behandlung. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht gemäß § 203 des StGB, sowie den strengen Bestimmungen des Datenschutzes.

Ihre Dr. med. dent. Carola Wollenhaupt

PATIENT	VERSICHERTER
Name: _____	Name des Versicherten: _____
Vorname: _____	Vorname des Versicherten: _____
Geb.-Datum: _____	Geb.-Datum des Versicherten: _____
PLZ und Wohnort: _____	Arbeitgeber des Versicherten: _____
Straße, Nr. : _____	Ort des Arbeitgebers: _____
Telefon: _____	Beruf des Versicherten: _____
Mobil: _____	Krankenkasse: _____
E-Mail: _____	_____
Mit der Übermittlung von Rechnungen durch die Praxis Dr. Carola Wollenhaupt auf elektronischem Weg erkläre ich mich hiermit einverstanden	Bei privat Versicherten:
ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Basistarif <input type="checkbox"/>
Zahnarzt: _____	Sonstiges <input type="checkbox"/>
Hausarzt: _____	
Beruf/ Arbeitgeber: _____	
Krankenkasse: _____	

BESTELLPRAXIS: HINWEIS ZUR ORGANISATION

Wir werden, falls erforderlich, Termine für Sie reservieren. Dies erspart Ihnen lange Wartezeiten und wir sind am vereinbarten Termin für Sie da. Eine qualitativ hochwertige medizinische Versorgung ist nur ohne Zeitdruck möglich. **Bei Verhinderung bitten wir rechtzeitig um telefonische Benachrichtigung.**

BITTE WENDEN →

FRAGEBOGEN ZUR KRANKENGESCHICHTE

Bitte lesen Sie die folgenden Fragen genau durch und kreuzen Sie das Zutreffende an.

Sind Sie z. Zt. in ärztlicher Behandlung? nein ja, wegen _____

Nehmen Sie z. Zt. Medikamente ein? nein ja, folgende _____

Reagieren Sie allergisch? nein ja, auf _____

Hatten bzw. haben Sie folgende Erkrankung(en)?

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Sprechfehler | <input type="checkbox"/> Gelbsucht (Heopatitis) | <input type="checkbox"/> Zuckerkrankheit (Diabetis mellitus) |
| <input type="checkbox"/> Rachitis | <input type="checkbox"/> Tuberkulose | <input type="checkbox"/> Nervenleiden (Epilepsie) |
| <input type="checkbox"/> Asthma bronchiale | <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> Nierenleiden |
| <input type="checkbox"/> Hörprobleme | <input type="checkbox"/> Bluterkrankung | <input type="checkbox"/> rheumatisches Fieber |
| <input type="checkbox"/> Herzleiden/Herzfehler | <input type="checkbox"/> HIV/ Aids | <input type="checkbox"/> Schwindelanfälle |
| <input type="checkbox"/> verstärkte Blutungsneigung | <input type="checkbox"/> Grüner Star | <input type="checkbox"/> Bruxismus |

Sonstiges: _____

Besteht eine Schwangerschaft? nein ja, seit _____

Besteht eine Alkohol- oder Drogenabhängigkeit? nein ja _____

Sind bei Ihnen die „Mandeln“(Gaumenmandeln) entfernt worden(Tonsillektomie)? nein ja, im Jahr _____

Sind bei Ihnen „Polypen“(Rachenmandeln) entfernt worden (Adenotomie)? nein ja, im Jahr _____

Sonstige Eingriffe im Hals-Nasen-Rachenbereich? nein ja, im Jahr _____

Schlafen Sie mit offenem Mund? nein ja

Haben Sie folgende Angewohnheiten? nein ja

Nägelkauen

nein ja
Lippen beißen,
Lippensaugen

nein ja
Zähneknirschen

Hatten Sie schon einmal einen Unfall im Kopf-/ Kieferbereich? nein ja, im Jahr _____

Ihnen bekannte Folgen: _____

Waren Sie bereits in kieferorthopädischer Behandlung? nein ja, seit _____

Für die Richtigkeit der Angaben:

21465 Wentorf, den _____

Unterschrift