



DR. KERSTIN HERRE
Kieferorthopädin

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.

PATIENT

Name: _____

Vorname: _____

Geb.-Datum: _____

PLZ und Wohnort: _____

Straße, Nr. : _____

Telefon: _____

Mobil: _____

E-Mail: _____

Zahnarzt: _____

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 oder E-Mail.**

FRAGEBOGEN ZUR KRANKENGESCHICHTE ERWACHSENER

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"/> Rachitis | <input type="checkbox"/> Gelbsucht (Hepatitis) | <input type="checkbox"/> Nervenleiden (Epilepsie) |
| <input type="checkbox"/> Asthma bronchiale | <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> rheumatisches Fieber |
| <input type="checkbox"/> Hörprobleme/Tinnitus | <input type="checkbox"/> Bluterkrankung | <input type="checkbox"/> Schwindelanfälle |
| <input type="checkbox"/> Herzleiden/Herzfehler | <input type="checkbox"/> HIV/ Aids | |
| <input type="checkbox"/> verstärkte Blutungsneigung | <input type="checkbox"/> Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus) | |

Sonstiges: _____

Besteht eine Schwangerschaft? nein ja, seit _____

Gab es bei Ihnen Eingriffe im Hals-Nasen-Rachenbereich? nein ja, im Jahr _____

Schlafen Sie mit offenem Mund oder atmen Sie durch den Mund? nein ja

Knirschen Sie mit den Zähnen? nein ja

Treten Knackgeräusche beim Öffnen und Schließen des Mundes auf? nein ja

Bestehen Schmerzen im Mund-Kiefer-Gesichtsbereich? nein ja

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

Ihnen bekannte Folgen: _____

Waren oder sind Sie bereits in kieferorthopädischer Behandlung? nein ja

Was erwarten Sie von einer kieferorthopädischen Behandlung?

Verbesserung der Kaufunktion nein ja

Verbesserung der Ästhetik nein ja

Beseitigung von Schmerzen nein ja

Sonstiges: _____

Für die Richtigkeit der Angaben:

Wentorf, den _____

Unterschrift