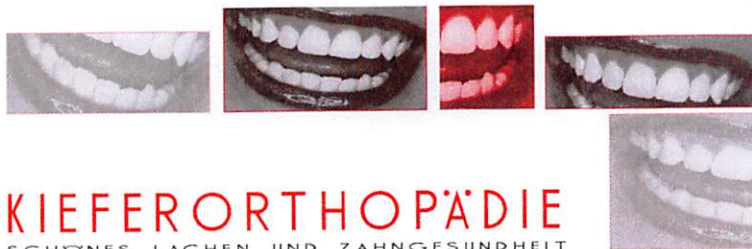


**DR. CARMEN PEIKERT**

FACHPRAXIS FÜR

**KIEFERORTHOPÄDIE**

SCHÖNES LACHEN UND ZAHNGESUNDHEIT  
FÜR KINDER UND ERWACHSENE



## Herzlich Willkommen in unserer Praxis!

Bevor wir uns in Ruhe über Ihre kieferorthopädischen Wünsche oder Sorgen unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über den Gesundheitszustand von Ihnen bzw. über den Ihres Kindes. Dies ist wichtig für eine adäquate und risikofreie Behandlung. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht mit der Einschränkung, dass wir üblicherweise den Hauszahnarzt oder Vorbehandler über den Befund schriftlich informieren, falls Sie dies nicht ausdrücklich ablehnen.

### Patient

Herr/Frau

\_\_\_\_\_  
Name Vorname geb.

### Versicherter

\_\_\_\_\_  
Name Vorname geb.

### Anschrift

\_\_\_\_\_  
Straße Nr. Tel. privat/tagsüber

\_\_\_\_\_  
PLZ Ort E-Mail

### Beruf und Arbeitgeber des Versicherten

\_\_\_\_\_

### Krankenkasse oder Versicherung

freiwilliges Mitglied

\_\_\_\_\_

#### Für Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherungen:

Wir benötigen die Krankenversichertenkarte bei jedem Besuch in der Praxis. Liegt sie uns auch 14 Tage nach Behandlung nicht vor, so betrachten wir Sie als Privatpatient und Sie erhalten eine Rechnung nach der privaten Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ).

Hausarzt \_\_\_\_\_

Hauszahnarzt \_\_\_\_\_

Ärztliche Anamnese:	Ja	Nein	
Werden regelmäßig Medikamente eingenommen? _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	wenn ja, welche?.....
Operationen? _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	wenn ja, wo?.....
Bestehen schwerwiegende Erkrankungen? _____ (z.B. Herz- Kreislauferkrankungen, Diabetes, Asthma Rheuma, Infektionen, Epilepsie)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	wenn ja, welche?.....
Bestehen infektiöse Erkrankungen? _____ (z.B. HIV, Hepatitis, Tuberkulose etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	wenn ja, welche?.....
Bestehen Allergien? _____ Unfälle, Verletzungen, Operationen in	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	wenn ja, welche?.....
Treten häufig Kopfschmerzen auf? _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

**Röntgen:**  
Wurde der/die Patient/in in den letzten 12 Monaten geröntgt? \_\_\_\_\_   wenn ja, wo?.....

Besteht z. Zt. Eine Schwangerschaft? \_\_\_\_\_

War der/ die Patient/in schon einmal in Kieferorthopädischer Beratung oder Behandlung? \_\_\_\_\_

(bitte Zutreffendes unterstreichen)

Wenn ja, wo? \_\_\_\_\_

**Vielen Dank für Ihre Mithilfe! Bitte teilen Sie uns sofort Änderungen der obigen Angaben mit!**

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift