



## PRAXIS AM OBEREN TOR

Kieferorthopädie

Dr. med. dent. Eva Dürr-Collavini

Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am
Kassen Nr.	Versicherten Nr.	Status
Vertragsarzt Nr.	Vk gültig bis	Datum
Mitversichert bei:	geb. am:	

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

herzlich Willkommen in unserer Praxis für Kieferorthopädie & Zahnheilkunde.  
Zur Abschätzung eventueller Risikofaktoren und um für Ihre Behandlung geeignete Medikamente und Behandlungsverfahren auswählen zu können, bitten wir Sie um gewissenhafte Beantwortung folgender Fragen.  
Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.  
Bei Unklarheiten stehen wir Ihnen für Fragen gerne zu Verfügung.

Ihre Zahnärztin Dr. Eva Dürr-Collavini

Mitversichert bei: \_\_\_\_\_ geb. am: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Mobil: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_

Arbeitgeber: \_\_\_\_\_

Hausarzt: \_\_\_\_\_

Zahnarzt: \_\_\_\_\_

Haben Sie eine Zusatzversicherung? \_\_\_\_\_

Wurde Ihnen unsere Praxis empfohlen (wenn ja, durch wen)? \_\_\_\_\_

**KFO Aufnahme Patientenbezogen:**

Schule/Schuljahr: \_\_\_\_\_

Ernährung als Säugling (Brust/Flasche): \_\_\_\_\_

Erster Zahn, mit wie viel Monaten: \_\_\_\_\_

Erkrankungen als Säugling/Kind: \_\_\_\_\_

Zurzeit in ärztlicher Behandlung: \_\_\_\_\_

Unfall (Zahnverlust, Bruch o. ä.), wann: \_\_\_\_\_

Polypen, Mandeln entfernt? Wann: \_\_\_\_\_

Lutschgewohnheiten? (Schnuller, Daumen o. ä.) \_\_\_\_\_

vom \_\_\_\_\_ bis zum \_\_\_\_\_ Lebensjahr

Schlafen mit offenem Mund? Schnarchen/knirschen: \_\_\_\_\_

Sonstige Auffälligkeiten, was stört Sie? \_\_\_\_\_

X \_\_\_\_\_ X \_\_\_\_\_

DATUM

UNTERSCHRIFT (Erziehungsberechtigter)

BITTE BEACHTEN SIE  
AUCH DIE RÜCKSEITE.



Besteht bzw. bestand bei Ihnen eine der folgenden Erkrankungen?	ja	nein	ergänzende Angaben
1. Allergie (welche?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
2. Anfallsleiden (Epilepsie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
3. Atemwegserkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
4. Blutgerinnungsstörung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
5. Diabetes (Typ?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
6. Glaukom (erhöhter Augendruck)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
7. Hämatologische Erkrankungen (Erkr. blutbildender Organe)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
<b>8. Herz-Kreislauf-Erkrankungen</b>			
a) Herzinsuffizienz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
b) Koronare Herzkrankheit /Angina Pectoris	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
c) Herzinfarkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
d) Herzrhythmusstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
e) Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
f) Herzklappenfehler/ -ersatz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
g) Hypertonie (erhöhter Blutdruck)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
h) Hypotonie (niedriger Blutdruck)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
i) Mangel durchblutung der ZNS/Apoplex	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
<b>9. Infektionskrankheiten</b>			
a) Hepatitis (Typ?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
b) HIV/AIDS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
10. Lebererkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
11. Magen-Darm-Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
12. Nierenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
13. Osteoporose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
14. Rheumatoide Arthritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
15. Schilddrüsenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
16. Tumor-Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
17. Frühere Operationen (welche?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
<b>Haben Sie Angst vor der Behandlung?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
<b>Rauchen Sie? Wenn Ja, wie viel täglich?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
<b>Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? Welche?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
<b>Wie oft nehmen Sie alkoholische Getränke zu sich?</b>			<input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> selten <input type="checkbox"/> mäßig <input type="checkbox"/> oft
<b>Wurden Sie im letzten Jahr im Kopfbereich geröntgt? Wenn ja, wo?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
<b>Besteht eine Schwangerschaft? Wenn ja, welcher Monat?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Wir bemühen uns, Ihnen lange Wartezeiten zu ersparen. Deshalb bitten wir Sie, vereinbarte Termine mind. 24 Stunden vorher abzusagen, falls Sie verhindert sind. Wir sind berechtigt, nicht eingehaltene Termine nach § 615 BGB in Rechnung zu stellen.

X

X

DATUM

UNTERSCHRIFT (Erziehungsberechtigter)