

# Patientenaufnahme



Fachpraxis für Kieferorthopädie  
DR. PETER BOOKHOLD

**1. Patient:** Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Geburtsort: \_\_\_\_\_  
Adresse: \_\_\_\_\_  
Telefon: \_\_\_\_\_ Mobilfunknummer: \_\_\_\_\_  
E-Mail-Adresse: \_\_\_\_\_  
**Zahnarzt:** \_\_\_\_\_  
**Zusatzversicherung für Kieferorthopädie:** ja / nein

**2. Versicherter** Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
Adresse: \_\_\_\_\_  
Telefon: \_\_\_\_\_ Mobilfunknummer: \_\_\_\_\_  
E-Mail-Adresse: \_\_\_\_\_  
Krankenkasse: \_\_\_\_\_  
**Beihilfestelle:** ja / nein

## 3. Fragen zur Gesundheit des Patienten:

- a) frühere kieferorthopädische Behandlungen ja / nein  
wann, wo \_\_\_\_\_
- b) Zahn- bzw. Kieferfehlstellungen bei Eltern oder Geschwistern ja / nein
- c) allgemeine orthopädische Behandlungen ja / nein  
wann, warum \_\_\_\_\_
- d) Kopfschmerzen ja / nein
- e) Allergien, welche \_\_\_\_\_ ja / nein
- f) HNO- Behandlung ja / nein
- g) Sprachfehler \_\_\_\_\_
- h) Gewohnheiten \_\_\_\_\_  
Lutschen, Lippenbeißen, Mundatmung \_\_\_\_\_
- i) Letzte Röntgenaufnahme \_\_\_\_\_  
Röntgenpass ja / nein  
Schwangerschaft ja / nein

- Ich bin damit Einverstanden, dass die notwendigen Röntgenaufnahmen (insbesondere OPG und FRS) im Rahmen der Anfangs-, Zwischen- und Abschlussdiagnostik angefertigt werden.
- Die Informationen zum Datenschutz in unserer Praxis habe ich erhalten, gelesen und zur Kenntnis genommen.
- Ich bin bereit, an Ihrem Recall-Service teilzunehmen. Dafür stimme ich der Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten durch die Praxis zu.

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift des Patienten/Erziehungsberechtigten