



# Kieferorthopädie

## Angelika Beyer

---

### Patientendaten

Name \*

Vorname \*

Geburtsdatum \*

Geschlecht

weiblich  männlich  anderes

Straße \*

PLZ und Ort \*

Beruf

ArbeitgeberIn

Telefon \*

E-Mail \*

---

### Hauptversicherte/r und RechnungsempfängerIn bei Privatrechnungen

Name

Vorname

Geburtsdatum

Verhältnis zu PatientIn

Vater  Mutter  Ehepartner  Sonstige

Straße

PLZ und Ort

Beruf

ArbeitgeberIn

Telefon

E-Mail \*

---

### Krankenversicherung

Name der gesetzlichen Krankenkasse

Sie sind

Mitglied  Familienmitglied  RentnerIn

Art der Versicherung

Freiwillige Versicherung  Pflichtversicherung

Sind Sie beihilfeberechtigt?

Ja  Nein

---

## Private Zusatzversicherung

Sind Sie privat zusatzversichert? \*

Ja  Nein

---

## Private Versicherung

Sind Sie beihilfeberechtigt?

Ja  Nein

Name der privaten Versicherung

---

## Angaben zu weiteren Ärzten

Name Zahnärztin/Zahnarzt

PLZ und Ort

Name HNO-Ärztin/Arzt

PLZ und Ort

Name Kinderärztin/Kinderarzt

PLZ und Ort

Wir wurden Ihnen empfohlen durch \*

Zahnärztin/Zahnarzt  Kinderärztin/Kinderarzt  
 HNO  Schule  selbst bemerkt  Bekannte

---

## Gesundheit

Sind Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung? \*

Ja  Nein

Wenn ja, bei wem?

Nehmen Sie regelmässig Medikamente? \*

Ja  Nein

Wenn ja, welche?

Kreislaufkrankung \*

Ja  Nein

Allergien \*

Ja  Nein

Zuckerkrankheit/Diabetis \*

Ja  Nein

Blutungsneigung \*

Ja  Nein

HIV \*

Ja  Nein

Lungenerkrankung \*

Ja  Nein

Lebererkrankung/Gelbsucht/Hepatitis A oder B \*

Ja  Nein

Nierenerkrankung \*

Ja  Nein

Rachitis \*

Ja  Nein

Schwangerschaft \*

Ja  Nein

Beschwerden in der Kaumuskulatur \*

Ja  Nein

Mirgräne \*

Ja  Nein

<p>Wurden die Rachenmandeln entfernt? *</p> <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<p>Wenn ja, wann?</p> <input type="text"/>
<p>Wurden die Polypen entfernt? *</p> <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<p>Wenn ja, wann?</p> <input type="text"/>
<p>Hat schon einmal eine kiefernorthopädische Behandlung stattgefunden? *</p> <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<p>Wenn ja, bei wem?</p> <input type="text"/>
<p>Wurde Daumen gelutscht? *</p> <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<p>Wenn ja, bis zu welchem Alter?</p> <input type="text"/>
<p>Wurde Schnuller genuckelt? *</p> <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<p>Wenn ja, bis zu welchem Alter?</p> <input type="text"/>
<p>Spielen Sie ein Instrument? *</p> <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<p>Wenn ja, welches?</p> <input type="text"/>
<p>Bleistift kauen *</p> <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<p>Zähneknirschen *</p> <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
<p>Sprechstörung *</p> <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<p>Mundatmung *</p> <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
<p>Nasenatmung *</p> <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<p>Schlaflage *</p> <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> Rücken <input type="checkbox"/> Bauch
<p>Sonstige schwere vergangene oder aktuelle Erkrankungen</p> <input type="text"/>	<p>Gibt es sonst noch etwas, das Sie uns mitteilen möchten?</p> <input type="text"/>

Ich bestätige hiermit alle Angaben vollständig und wahrheitsgemäß gemacht zu haben und eintretende Veränderungen während der Behandlungsdauer Frau Angelika Beyer unverzüglich und vollständig mitzuteilen. Alle meine Angaben dienen der vertrauensvollen Zusammenarbeit und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Ich bin damit einverstanden, dass meine Angaben für interne Zwecke der Praxisverwaltung und der Abrechnung auf Datenträger gespeichert werden. Ich legitimiere die Praxis, medizinische Informationen in Form von Arztberichten und Bilddokumentationen an mitbehandelnde ÄrztInnen und TherapeutInnen zum Zwecke des Informationsaustausches per Post/E-mail weiterzugeben. Ich erkläre mich auch einverstanden, dass meine Behandlungsunterlagen für wissenschaftliche Zwecke verwandt werden können. Die Abtretung von Ansprüchen oder Forderungen aus dem Behandlungsvertrag an Dritte ist nicht möglich. \*

Es gilt die [Datenschutzerklärung](#).

**Hinweis:** Bitte die mit \* gekennzeichneten Felder ausfüllen.

#### Adresse

Kieferorthopädie  
 Angelika Beyer  
 Bahnhofstr. 18  
 71034 Böblingen

#### Telefon

T 0 70 31 - 23 40 77  
 F 0 70 31 - 22 88 11  
 Mo – Do: 9.00 – 12.00 13:30 - 17:00  
 Termine nach Vereinbarung