

Beratung

CENTRO KFO

Dr. WERNER POTTBROCK
Dr. RENATE RUHL-POTTBROCK
Kieferorthopäden

Dr. medic. stom. (RO) JULIANA AMBRUS
Master of Science Kieferorthopädie

Centroallee 277
46047 Oberhausen

Datum: _____

Name des Patienten: _____ geb.am: _____

Wohnort/PLZ: _____

Straße: _____ Tel.: _____

Vor- und Zuname des Versicherten: _____ geb.am: _____

Vor- und Zuname der Mutter: _____ geb.am: _____

Wohnort des Versicherten: _____

Straße: _____ Tel.: _____

Beruf: _____ Arbeitgeber: _____

Name der gesetzlichen Krankenkasse: _____

Sind Sie freiwillig versichert? ja nein

Sind Sie zusatzversichert? ja nein

Haben Sie Kostenerstattung gewählt? ja nein

Sind Sie privat versichert? ja nein

Name der privaten Versicherung: _____

Hauszahnarzt: _____

Kieferorthopädisch vorbehandelt? ja nein

Wenn ja, wo? _____ Wann? _____

Bestehen irgendwelche Krankheiten? ja nein

Asthma, Allergie, Diabetes, Blutungsneigung, etc.: _____

Ansteckende Krankheiten? ja nein

(z.B. Hepatitis, Salmonellose, Tbc, Aids, etc.)

Sind Sie in ärztlicher Behandlung? ja nein

Haben Sie Kiefergelenksbeschwerden? ja nein

Nehmen Sie Medikamente? ja nein

Besteht Schwangerschaft? ja nein

Wurden in den letzten 12 Monaten

Röntgenaufnahmen angefertigt? ja nein

Wenn ja, was? _____

Alle Angaben im eigenen Interesse ausfüllen. Sie sind für eine vertrauensvolle Zusammenarbeit wie auch für eine sachgerechte medizinische Behandlung erforderlich. Ihre Angaben werden streng vertraulich behandelt. Sie unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht gemäß § 203 des Strafgesetzbuches sowie den strengen Bestimmungen des Datenschutzgesetzes.

Unterschrift des Patienten/Erziehungsberechtigten

Datum

Zutreffendes bitte ankreuzen