

Liebe Patientin, lieber Patient,

vielen Dank, dass Sie zur kieferorthopädischen Beratung/Behandlung in unsere Praxis kommen. Bitte füllen Sie die folgenden Seiten vollständig aus und schicken Sie sie zurück an die Praxis.

**Bitte beachten Sie, dass für gesetzlich versicherte Patienten ab 18 Jahren gelten:**

***Ihre Beratung kostet 35,- Euro.***

**Ihre gesetzliche Krankenkasse übernimmt diese Kosten nur, wenn es sich um einen der seltenen kieferorthopädisch-chirurgischen Fälle handelt. Sollte dies der Fall sein, erhalten Sie nach Genehmigung des Behandlungsplanes durch Ihre Krankenkasse die Beratungsgebühr von uns selbstverständlich zurück.**

Sie können sie per Post schicken an:

**Kieferorthopädische Fachpraxis  
Dr. Anja Gutmark &  
Dr. Ruben Lipphardt  
Kurfürstenstr. 14  
60486 Frankfurt**

oder per mail an [praxis@drgutmark.de](mailto:praxis@drgutmark.de)

oder per Fax: **069- 900 198 29**

Bitte sagen Sie uns:

Möchten Sie einen Termin:

telefonisch vereinbaren, unter welcher Nummer sind Sie am besten erreichbar?

---

oder

per Email bekommen? E-Mail an:

---

bei Dr. Gutmark oder Dr. Lipphardt, keine Präferenz

bei Dr. Anja Gutmark

bei Dr. Ruben Lipphardt

Vielen Dank!

*Ihr Praxisteam*

**Bitte nennen Sie uns folgende Ihrer Daten:**

Akademische Angaben:  Dr.  Prof.  Sonstige: \_\_\_\_\_

Nachname \_\_\_\_\_

Vorname/n \_\_\_\_\_ **Geschlecht:**  m  w

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

**Anschrift**

Straße / Hausnummer \_\_\_\_\_

Postleitzahl / Wohnort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

Mobilnummer \_\_\_\_\_

Email \_\_\_\_\_

**Wurden in den letzten 2 Jahren kieferorthopädische Unterlagen in einer anderen Praxis erstellt?**

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

**Sind Sie bereits in kieferorthopädischer Behandlung in einer anderen Praxis?**

- Ja**
- Nein**

**Wer ist Ihr behandelnder Zahnarzt?** \_\_\_\_\_

**Über welche Krankenkasse sind Sie versichert?**

\_\_\_\_\_

**Für Ihre ärztliche Anamnese erbitten wir folgende Angaben, die selbstverständlich unter die ärztliche Schweigepflicht fallen. Teilen Sie der Praxis bitte auch künftig Änderungen des Gesundheitszustandes sofort mit!**

**Hatten oder haben Sie eine der folgenden Krankheiten?**

- Asthma (schwere Atemnot)
- Zuckerkrankheit
- Rheuma
- Osteoporose
- Bluterkrankungen
- Blutgerinnungsstörungen
- HIV-Infektion
- TBC
- Leberkrankheiten
- Hepatitis A/B/C (Gelbsucht)
- Anfallsleiden (Epilepsie)
- Schilddrüsenerkrankungen

ggf. seit wann? \_\_\_\_\_

**zu obigen Krankheiten alles: Nein**

- 
- Allergien, welche? \_\_\_\_\_
  - Allergische Reaktionen auf Medikamente etc.

Worauf? \_\_\_\_\_

**zu Allergien alles: Nein**

**Andere Erkrankungen:**

- Herzinfarkt/ Schlaganfall
- Marcumar
- Lähmungen
- Zu hoher Blutdruck
- Zu niedriger Blutdruck

**zu obigen Erkrankungen alles: Nein**

**Tragen Sie einen Herzschrittmacher?**

- Ja
- Nein

**Haben Sie einen Herzfehler oder hatten Sie eine Herzoperation?**

- Ja
- Nein

**Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?**

- Ja
- Nein

ggf. welche? \_\_\_\_\_

Sonstige Angaben/ andere Krankheiten: \_\_\_\_\_

---

## Wurde Ihr Kopfbereich schon einmal geröntgt?

ja, ungefähr am \_\_\_\_\_  
In folgender Praxis (bitte unbedingt angeben, dann können wir die Bilder vor Ihrem Termin bei uns dort anfordern)

---

nein, es gab noch keine Röntgenuntersuchung am Kopf

## Tragen oder trugen Sie Einlagen in den Schuhen?

- Ja, früher. Zeitraum ca.: \_\_\_\_\_
- Ja, ich trage seit ca. \_\_\_\_\_
- Nein, noch nie.

## Spielen Sie ein Musikinstrument? (Blasinstrumente bitte genau angeben!!)

---

## Hatten Sie schon einmal eine Zahnsperre getragen?

- Nein
- Ja, als Kind und Jugendliche/r
- Ja, als Erwachsene/r

## Waren Sie als Kind oder später in logopädische Behandlung?

- Nein
- Ja

## Schlafen Sie nachts meistens mit:

- offenem Mund
- geschlossenem Mund

## Haben oder hatten Sie eine „Knirsch-Schiene“?

- Nein
- Ja, ich hatte eine. Wann? \_\_\_\_\_
- Ja, ich habe momentan eine.

## Waren oder sind Sie in Behandlung beim Hals-Nasen-Ohrenarzt?

- Nein
- Ja, wegen folgender Behandlung: \_\_\_\_\_

## Ist ein längerer Aufenthalt außerhalb Frankfurts geplant?

Wann? \_\_\_\_\_

**Bitte beachten Sie, dass für gesetzlich versicherte Patienten ab 18 Jahren gelten:**

***Ihre Beratung kostet 35,- Euro.***

**Ihre gesetzliche Krankenkasse übernimmt diese Kosten nur, wenn es sich um einen der seltenen kieferorthopädisch-chirurgischen Fälle handelt. Sollte dies der Fall sein, erhalten Sie nach Genehmigung des Behandlungsplanes durch Ihre Krankenkasse die Beratungsgebühr von uns zurück.**

---

Datum

Unterschrift