

Dr. Karin Fasmers-Henke  
Fachpraxis für Ganzheitliche Kieferorthopädie

**Name des Patienten:** \_\_\_\_\_ Geb.: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_

**Name des Versicherten:** \_\_\_\_\_ Geb.: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_

**Name Erziehungsberechtigter:** \_\_\_\_\_ Geb.: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_

Beruf des Versicherten: \_\_\_\_\_

Krankenkasse/Versicherung: \_\_\_\_\_

Telefonisch erreichbar 8.00 - 17.00 unter: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

Name des Zahnarztes: \_\_\_\_\_

Ich komme auf Empfehlung/Überweisung:  Eigeninitiative  Zahnarzt  
 Internet  HNO-Arzt  Orthopäde  Familie/Freundeskreis

Frühere KFO-Behandlung:  Nein  2. Meinung  abgebrochen  beendet  
Jahr: \_\_\_\_\_

Leiden Sie oder Ihr Kind unter:

Chronischen Kopfschmerzen, Nackenschmerzen/steifer Hals  Ja  Nein

Knack- oder Knirschgeräusche im Kiefergelenk  Ja  Nein

Allgemeinerkrankungen:  Ja  Nein

Regelmäßige Medikamente: \_\_\_\_\_

Allergien  Ja  Nein Allergiepass vorhanden  Ja  Nein

Ich versichere, dass alle Angaben vollständig und wahrheitsgemäß sind. Meine Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Meine persönlichen Daten werden in der praxisinternen Datenverarbeitung zum Zwecke der Behandlung, entsprechend gesetzlicher Vorgaben und Aufbewahrungsfristen, gespeichert und gelöscht. Eine Weitergabe an Dritte erfolgt nur nach vorheriger Einwilligung. Die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung der Daten erfolgt auf freiwilliger Basis. Ein Widerruf ist jederzeit möglich. Im Falle der Übergabe der Praxis an einen Nachfolger bin ich mit der Übergabe der Patientenkartei an den Nachfolger einverstanden.

Bremen, den \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_