



PATIENTEN INFORMATION

Sehr geehrte Eltern, liebe Patienten !

Wir freuen uns sehr, dass Sie unsere Ordination gewählt haben! Damit wir Sie optimal betreuen können, bitten wir Sie, folgende Punkte sorgfältig durchzulesen.

- **Bei diesem ersten „kostenlosen“ Beratungsgespräch:**

informieren wir Sie über die verschiedenen Behandlungsmöglichkeiten sowie über den voraussichtlichen Preis.

- **Bei einem Behandlungswunsch benötigen wir:**

- Übersichtsröntgen (Panoramaröntgen)
- Seitliches Röntgenbild des Kopfes (Fernröntgen)
- Abdrücke von den Zähnen (Gipsmodelle)
- Fotos vom Gesicht und den Zähnen

entweder gleich nach der Beratung oder bei einem weiteren Vormittagstermin.

- **Beim Besprechungstermin:**

wird anhand der ausgewerteten Unterlagen der Behandlungsplan erklärt.

Wenn Sie sich gegen eine weitere Behandlung aussprechen berechnen wir Ihnen die entstandenen Labor- und Materialkosten mit € 350.-

- **Beim dritten Termin:**

wird die Zahnspange an einem Vormittag eingesetzt. Bitte planen Sie dafür etwa 1 Stunde ein.

- **Kontrolltermine:**

haben einen Abstand von 6-8 Wochen. Diese sind zumeist kürzere Termine und können, soweit es möglich ist, auch nachmittags eingeteilt werden.

Wir bitten Sie zur Kenntnis zu nehmen, dass während der Behandlung längere Termine aus organisatorischen Gründen vormittags durchgeführt werden.

Unsere Ordinationszeiten sind: Mo-Do von 8-16 Uhr.

Unabhängig davon, sind halbjährliche Kontrollen bei ihrem Hauszahnarzt erforderlich!

- **Behandlungsdauer:**

ist je nach Ausgangssituation unterschiedlich, beträgt jedoch im Durchschnitt 1 Jahr für die Kieferstellungskorrektur, 1 Jahr für die Zahnstellungskorrektur und 1 Jahr zur Stabilisierung, also etwa 3 Jahre.

Nach Abschluss der Behandlung wollen wir Sie in einem Abstand von 1, 2 und 5 Jahren zu einer Kontrolle wiedersehen, damit wir die Langzeitstabilität beurteilen können.

- **Wartezeit:**

Wir sind sehr bemüht, diese so kurz wie möglich zu halten. Aus diesem Grund bitten wir auch Sie um Ihre Mithilfe:

Bitte halten Sie Ihre Termine genau ein und kommen Sie etwa 5 Minuten früher, damit Sie noch Ihre Zähne putzen können.

Bitte füllen Sie auch den Gesundheitsfragebogen auf Seite 2 aus!

GESUNDHEITSFRAGEBOGEN

Name: Vorname: Geb. Dat.:

Plz. /Ort: Straße:

Telefon oder Handy: E-Mail:@.....

Krankenkasse:..... Vers.-Nr. Patient:

Zusatzversicherung: seit:.....

mitversichert bei: Arbeitgeber des Versicherten:

Zahnarzt: überwiesen / empfohlen von:

Um Ihr Kind (Sie) in unserer Ordination optimal betreuen zu können ersuchen wir Sie in Ihrem gesundheitlichen Interesse, die folgenden Fragen vollständig auszufüllen. Ihre Angaben werden selbstverständlich vertraulich behandelt.

Vielen Dank

Hatten Sie, oder haben Sie eine der folgenden Allgemeinerkrankungen:

Allergien (z.B. Medikamente) Allergiepass?

Blutkrankheiten

Herzerkrankung.....

Nierenleiden

Lebererkrankung

Diabetes.....

Nervensystem.....

Augenkrankheiten

Knochenerkrankungen.....

Sonstige schwere Erkrankung.....

Sind Sie momentan in ärztlicher Behandlung? Weshalb:

Nehmen Sie dauernd Medikamente? Welche:.....

Zahnverletzungen.....

Wann fand die letzte Kontrolle beim Hauszahnarzt statt?.....

Waren Sie schon einmal in kieferorthopädischer Behandlung? Wie lange:Jahre

Welches Anliegen führt Sie zu uns?

.....
.....
.....
.....

Salzburg, am Unterschrift

Vor- und Zuname in Blockschrift