



Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient, sehr geehrte Eltern,
wir bitten Sie um eine gewissenhafte Beantwortung der folgenden, teilweise gesetzlich vorgeschriebenen Fragen. Alle Angaben werden selbstverständlich vertraulich behandelt und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Patient	Versicherter
Name:	Name:
Vorname:	Vorname:
Geburtsdatum:	Geburtsdatum:
PLZ, Wohnort:	PLZ, Wohnort:
Straße, Nr:	Straße, Nr:
Telefon tagsüber	Telefon tagsüber
Mobiltelefon:	Mobiltelefon:
E-Mail:	E-Mail:

Rechnungsempfänger	Gesetzlicher Vertreter (falls abweichend von Versicherten)
Name:	Name:
Vorname:	Vorname:
Geburtsdatum:	Geburtsdatum:
PLZ, Wohnort:	PLZ, Wohnort:
Straße, Nr:	Straße, Nr:
Telefon tagsüber	Telefon tagsüber
Mobiltelefon:	Mobiltelefon:
E-Mail:	E-Mail:

Krankenversicherung (Zutreffendes bitte ankreuzen)

- privatversichert
- privatversichert mit Beihilfeberechtigung
- freiwillig versichert in der gesetzlichen Krankenkasse
Kasse:
- gesetzliche Krankenkasse, pflichtversichert
Kasse:
- private Zusatzversicherung für Kieferorthopädie

Zahnarzt: **Hausarzt:**

HNO-Arzt: **überwiesen von: (z.B. Zahnarzt).....**

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? (Zutreffendes bitte ankreuzen, Mehrfachnennung möglich)

- | | |
|---|---|
| <p><u>persönliche Empfehlung:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Familie, Freunde , Bekannte <input type="radio"/> Andere Patienten <input type="radio"/> Zahnarzt, Arzt, Physiotherapeut, Logopäde <input type="radio"/> Unsere Homepage <input type="radio"/> Flyer <input type="radio"/> Gelbe Seiten/ Telefonbuch/ das Örtliche | <p><u>Internet:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Jameda <input type="radio"/> Anderes Bewertungsportal (welches?)
..... <input type="radio"/> Suchmaschine (Google, Bing, etc.):
..... |
|---|---|

Haben Sie eine Internetseite? nein Ja, und zwar

Bitte wenden!





Wann war Ihr letzter Zahnarztbesuch(Monat/Jahr)?:.....

Sind Sie derzeit in zahnärztliche/ ärztlicher Behandlung? Ja Nein

Wenn ja: Weshalb?

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Ja Nein

Wenn ja: Welche?

Bestehen bei Ihnen irgendwelche schwerwiegende Erkrankungen? Ja Nein

Rachitis Diabetes Asthma Epilepsie Tuberkulose

Allergie Herzfehler HIV Blutungsneigung Gelbsucht / Hepatitis

Sonstige Krankheiten:.....

Hatten Sie schon Mund- oder Kieferoperationen? Ja Nein

Wenn ja: Welche?Jahr?.....Wo?

Waren Sie schon einmal in kieferorthopädischer Beratung/Behandlung? Ja Nein

Wenn ja: Wann?Wo?

Sind/waren Geschwister in kieferorthopädischer Behandlung? Ja Nein

Hat ein Elternteil eine Zahnfehlstellung? Ja Nein

Haben Sie Beschwerden beim Kauen? Beißen? Sprechen?

Knirschen Sie mit den Zähnen? Ja Nein

Haben Sie Kiefergelenkschmerzen? Ja Nein

Schnarchen Sie? Ja Nein

Haben Sie eine Schlafstörung (Durchschlafstörung/OSAS/Schlafapnoe)? Ja Nein

Haben Sie eine eingeschränkte Nasendurchgängigkeit? Ja Nein

Spielen Sie ein Blasinstrument? Ja Nein

Wenn ja: Welches?

Angewohnheiten

- Sprachfehler Lippenbeißen Nägelkauen
- Rauchen Mundatmung (im Schlaf)

Röntgen

Wurden Sie in den letzten 12 Monaten geröntgt? Ja Nein

Beim Zahnarzt/Arzt / Krankenhaus/ Name
Was wurde geröntgt?

Haben Sie einen Röntgenpass? Ja Nein

Besteht zurzeit eine Schwangerschaft? Ja Nein

- Ich wünsche keine Benachrichtigung per SMS zur Terminerinnerung.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift