



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:

- Ich wünsche keine Benachrichtigung per SMS zur Terminerinnerung

### Krankenversicherung (Zutreffendes bitte ankreuzen)

- privatversichert
- gesetzliche Krankenkasse, pflichtversichert  
Kasse: .....
- privatversichert mit Beihilfeberechtigung
- freiwillig versichert in der gesetzlichen Krankenkasse  
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)

#### persönliche Empfehlung:

- Familie, Freunde , Bekannte
- Andere Patienten
- Zahnarzt, Arzt, Physiotherapeut, Logopäde
- Unsere Homepage
- Flyer
- Gelbe Seiten/ Telefonbuch/ das Örtliche

#### Internet:

- Jameda
- Anderes Bewertungsportal (welches?)  
.....
- Suchmaschine (Google, Bing, etc.):  
.....

**Bitte wenden!**





- Wann war Ihr letzter Zahnarztbesuch(Monat/Jahr)?:.....
- Sind Sie derzeit in zahnärztlicher / ärztlicher Behandlung?  Ja  Nein
- Wenn ja: Weshalb? .....
- Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?  Ja  Nein
- Wenn ja: Welche? .....
- Bestehen bei Ihnen irgendwelche schwerwiegenden 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? Wenn ja: Welches? .....  Ja  Nein

## Angewohnheiten

- Sprachfehler  Lippenbeißen  Nägelkauen
- Rauchen  Mundatmung

## 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

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift