



Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
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 Email zur Terminerinnerung

Krankenversicherung (Zutreffendes bitte ankreuzen)

- | | |
|--|---|
| <input type="radio"/> privatversichert | <input type="radio"/> gesetzliche Krankenkasse, pflichtversichert |
| <input type="radio"/> privatversichert mit Beihilfeberechtigung | Kasse: |
| <input type="radio"/> freiwillig versichert in der gesetzlichen Krankenkasse | <input type="radio"/> Gesetzliche Krankenkasse, mit Kostenerstattung für Kieferorthopädie |
| Kasse: | <input type="radio"/> 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 / offline:

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

Internet:

- Unsere Homepage
- 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

Wir wünschen Ihnen einen angenehmen Aufenthalt in unserer Praxis. *Fragen? Telefon 02054 / 80553*