

Liebe Patientin, lieber Patient!

Bevor wir uns in Ruhe über Ihre Wünsche unterhalten, benötigen wir neben den Angaben zu Ihrer Person Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand, da auch Allgemeinerkrankungen Auswirkungen auf die kieferorthopädische Behandlung haben können. Bitte füllen Sie den Erhebungsbogen aus und teilen Sie uns mögliche Änderungen mit. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Patientendaten

Name/Vorname des Patienten: _____
 geb. am: _____ Geburtsort: _____
 Anschrift: _____
 Telefon/ Mobil: _____
 Name der Krankenkasse: _____
 Gesetzlich versichert? ja [] nein [] Zusatzversicherung? Ja [] Nein []
 Privat versichert? ja [] nein [] Beihilfeberechtigt? Ja [] Nein []

Über wen ist der Patient versichert? (Mutter/Vater? Ggf. Vormund?)

Name/Vorname des Versicherten: _____
 geb. am: _____
 Geburtsort: _____
 Anschrift: _____
 Telefon/Mobil: _____ Email: _____

Wer ist Ihr Zahnarzt?

Name _____ Ort _____

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

Von Bekannten empfohlen [] Zeitungsanzeige [] Telefon-/Branchenbuch []
 Internet (Homepage) []
 Überweisung durch _____

Sind Sie damit einverstanden, bei Bedarf in unser Recall-System aufgenommen zu werden?
 (= Erinnerungssystem für halbjährliche oder jährliche Termine) ja [] nein []

Sind Sie damit einverstanden, dass bei Bedarf Röntgenbilder an den behandelnden
 Zahnarzt per Email verschickt werden? ja [] nein []

Anlass für die kieferorthopädische Behandlung

Verbesserung der Kaufunktion? ja [] nein []
 Verbesserung der Sprache? ja [] nein []
 Verbesserung des Aussehens? ja [] nein []

Sonstige Gründe? _____

Bitte wenden!

Fragen zur Allgemeingesundheit

Bitten füllen Sie die Angaben für sich bzw. Ihr Kind aus

- Ist der/die Patient/in in ärztlicher Behandlung? Ja [] Nein [] Wenn ja, wo? _____
- Regelmäßige Medikamenteneinnahme? Ja [] Nein [] Wenn ja, welche? _____
- Bestehen Allergien? Ja [] Nein [] Wenn ja, welche? _____
- Herz-Kreislaufkrankungen? Ja [] Nein [] Wenn ja, welche? _____
- Diabetes? Ja [] Nein []
- Schilddrüsenerkrankungen? Ja [] Nein [] Wenn ja, welche? _____
- Bluterkrankungen? Ja [] Nein [] Wenn ja, welche? _____
- Infektionserkrankungen? Ja [] Nein [] Wenn ja, welche? _____
- Sonstige Erkrankungen? Ja [] Nein [] Wenn ja, welche? _____
- Operationen im Kopf-/Halsbereich? Ja [] Nein [] Wenn ja, welche? _____
- Röntgenaufnahmen in den letzten 12 Monaten im Kopf-/Halsbereich? Ja [] Nein []
- Bei weiblichen Patienten: Besteht zurzeit eine Schwangerschaft? Ja [] Nein []

Fragen zur Zahngesundheit

- War der/die Patient/in schon in kieferorthopädischer Behandlung? Ja [] nein []
Wenn ja, wo? _____
- Waren oder sind Geschwister in kieferorthopädischer Behandlung? Ja [] nein []
- Hat ein Elternteil eine Zahn- bzw. Kieferfehlstellung? Ja [] nein []
- Beschwerden beim Kauen? Ja [] nein []
- Knirscht der/die Patient/in mit den Zähnen? Ja [] nein []
- Knacken im Kiefergelenk? Ja [] nein []
- Liegen Sprachstörungen wie Stottern, Lispeln oder Näseln vor? Ja [] nein []

Gewohnheiten

- Schnuller oder Daumenlutschen? Ja [] nein []
- Lippenbeißen oder Nägelkauen? Ja [] nein []
- Häufiges Schnarchen/Mundatmen? Ja [] nein []
- Spielt der/die Patient/in ein Instrument? Ja [] nein []
Wenn ja, welches? _____
- Wird eine Sportart intensiv betrieben? Ja [] nein []
Wenn ja, welche? _____

Patient/gesetzlicher Vertreter:

Mit meiner Unterschrift erkläre ich weiterhin, dass ich die mir ausgehändigte Datenschutzerklärung vom 18.5.2018 gelesen habe und damit einverstanden bin.

Datum _____ Unterschrift _____