

Liebe Patienten,



herzlich Willkommen in unserer
Praxis!

Wir freuen uns, dass Sie uns Ihr Lächeln anvertrauen wollen.

Unser Ziel ist es, Ihnen bzw. Ihrem Kind eine bestmögliche und individuelle
Behandlung anzubieten. Deshalb möchten wir Sie bitten, sich einen Moment Zeit zu
nehmen, den Fragebogen sorgfältig zu lesen und so genau wie möglich auszufüllen.

Gerne besprechen wir die wesentlichen Fragen und Antworten gleich noch ausführlich
mit Ihnen.

Persönliche Angaben

Name	Vorname
Straße	PLZ/Ort
Geburtsdatum	Telefon Festnetz
<u>Telefon Mobil</u>	<u>E-Mail Adresse</u>

Ich bin **nicht** damit einverstanden, dass meine Handynummer und E-Mail Adresse
für Zwecke der Terminerinnerung oder -vereinbarung genutzt werden.

Angaben des Hauptversicherten (falls abweichend)

Name	Vorname
Straße	PLZ/Ort
Geburtsdatum	Telefon Festnetz
<u>Telefon Mobil</u>	<u>E-Mail Adresse</u>

Angaben zur Krankenkasse/Krankenversicherung

<input type="radio"/> gesetzlich versichert	<input type="radio"/> selbst versichert <input type="radio"/> familienversichert <input type="radio"/> zusatzversichert
<input type="radio"/> privat versichert	<input type="radio"/> beihilfeberechtigt <input type="radio"/> Selbstzahler
Name der Krankenkasse/Krankenversicherung	

Bitte wenden!

Allgemeine Angaben

Hauszahnarzt (Name und Ort)
Hausarzt (Name und Ort)
Wurde schon eine kieferorthopädische Beratung oder Behandlung durchgeführt? <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja, wann und wo?
Wurden im letzten Jahr Röntgenaufnahmen im Kopfbereich erstellt? <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja, wann und wo?

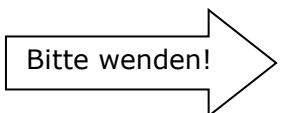
Angaben zur allgemeinen Gesundheit

Leiden Sie oder Ihr Kind an folgenden Krankheiten? Nein Ja, welche?

<input type="radio"/> Asthma <input type="radio"/> Herz-/Kreislaufkrankheiten <input type="radio"/> Diabetes <input type="radio"/> Epilepsie <input type="radio"/> Blutgerinnungsstörungen	<input type="radio"/> Hepatitis <input type="radio"/> HIV/Aids/TBC <input type="radio"/> Erkrankung der Gelenke/Wirbelsäule
<input type="radio"/> Allergien, welche?	
<input type="radio"/> Sonstige Krankheiten und physische oder psychische Einschränkungen?	
<input type="radio"/> Medikamente, welche?	

Angaben zur Zahngesundheit

Bestehen Kiefergelenksbeschwerden?	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja
Knirschen oder Pressen der Zähne?	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja
Schnarchen Sie/Ihr Kind?	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja
Wird ein Blasinstrument gespielt?	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja, welches?
Atmen Sie/Ihr Kind vorwiegend durch...	<input type="radio"/> Mund oder <input type="radio"/> Nase?
Wird oder wurde eine logopädische Behandlung durchgeführt?	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja, wo?



In eigener Sache

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Was ist der Grund für Ihren Besuch bei uns?

Was erwarten Sie von der kieferorthopädischen Behandlung?

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben. Änderungen werde ich unverzüglich mitteilen.

- **Röntgeneinverständniserklärung**
Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass im Rahmen der Behandlung notwendige Röntgenuntersuchungen gemacht werden.

- **Nutzungsrechte**
Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass Behandlungsinhalte, die von mir erstellt werden zur fallbezogenen Kommunikation mit anderen an meiner Behandlung beteiligten Ärzten, Zahnärzten ausgetauscht werden dürfen.

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten bzw. Erziehungsberechtigten

Selbstverständlich unterliegen alle Angaben der ärztlichen Schweigepflicht und dem Datenschutz.