



Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

herzlich willkommen in unserer kieferorthopädischen Praxis. Für eine sorgfältige Untersuchung benötigen wir die genaue Beantwortung dieses Fragebogens. Natürlich unterliegen nach § 203 StGB alle Angaben der ärztlichen Schweigepflicht und werden vertraulich behandelt.

Name, Vorname der Patientin/des Patienten _____

geboren am _____ weiblich männlich

Straße _____ PLZ, Ort _____

Telefon _____

Name, Vorname des Hauptversicherten _____

geboren am _____ weiblich männlich

Straße _____ PLZ, Ort _____

Telefon _____ E-Mail _____

Beruf _____

Rechnungsempfänger Ja Nein

Wenn Nein: Name, Anschrift und Telefonnummer des Rechnungsempfängers

Krankenversicherung

Gesetzliche Krankenkasse _____

pflichtversichert freiwillig versichert familienversichert

Private Krankenkasse _____

Beihilfe ja nein

Name des behandelnden Zahnarztes _____

Ich bin damit einverstanden, dass mein behandelnder Zahnarzt über die geplanten kieferorthopädischen Maßnahmen und den Verlauf der Behandlung informiert wird.

Ja Nein

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Internet Familie/Freunde/Bekannte

Praxisschild Sonstiges: _____

Wurde Ihr Kind schon einmal kieferorthopädisch behandelt? Nein Ja

Wenn Ja, wann? _____

Bitte wenden



Sind in der letzten Zeit Röntgenaufnahmen angefertigt worden? Nein Ja

Wenn Ja, wann? _____

Leidet Ihr Kind an einer der folgenden Krankheiten? Nein Ja

Wenn ja, welche?

Herzkrankheiten Diabetes Infektionskrankheiten Epilepsie

Blutkrankheiten Hepatitis Asthma HIV/Aids

Allergien: Welche? _____

Sonstige Krankheiten und physische oder psychische Einschränkungen?

Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein? Nein Ja

Wenn Ja, welche? _____

Hatte Ihr Kind Unfälle mit Zahnbeteiligung? Nein Ja

Wenn Ja, wann? _____

Bei Mädchen: Besteht zurzeit eine Schwangerschaft? Nein Ja

Knirscht Ihr Kind mit den Zähnen? Nein Ja

War oder ist Ihr Kind in Behandlung bei einem Hals-, Nasen-, Ohren-Arzt? Nein Ja

Wenn Ja, in welcher Behandlung? _____

Bestand oder besteht eine Lutschgewohnheit (Daumen, Finger, Schnuller), Lippen- oder Nägelbeißen? Nein Ja

Wenn Ja, was und bis wann? _____

Waren oder sind Geschwister in kieferorthopädischer Behandlung? Nein Ja

Spielt Ihr Kind ein Blasinstrument? Nein Ja

Bitte teilen Sie uns Änderungen Ihrer Anschrift oder anderer Angaben rechtzeitig mit.
Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben.

Ort, Datum

(Unterschrift des Erziehungsberechtigten)

Hiermit bestätige ich, dass ich die Hinweise zur Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) zur Kenntnis genommen habe und mir diese zur Einsicht vorgelegt worden sind. Darüber hinaus besteht jederzeit die Möglichkeit diese in der Praxis einzusehen. Auf Verlangen kann eine Kopie ausgehändigt werden.

Ort, Datum

(Unterschrift des Erziehungsberechtigten)