



Liebe Patienten,

Willkommen in unserer Praxis! Für eine sorgfältige Untersuchung benötigen wir die genaue Beantwortung dieses Fragebogens. Natürlich unterliegen diese Daten der Schweigepflicht gemäß §203 des StGB sowie den strengen Bestimmungen des Datenschutzes und werden vertraulich behandelt.

Vielen herzlichen Dank.

## Patientendaten

Name	_____	Vorname	_____
Geburtsdatum	_____		
Geschlecht	weiblich <input type="radio"/>	männlich <input type="radio"/>	divers <input type="radio"/>
Straße, Nr.	_____	PLZ, Wohnort	_____
Telefon privat	_____	Telefon dienstlich	_____
Telefon mobil	_____	E-Mail	_____

## Daten des Hauptversicherten

Name	_____	Vorname	_____
Geburtsdatum	_____		
Geschlecht	weiblich <input type="radio"/>	männlich <input type="radio"/>	divers <input type="radio"/>
Straße, Nr.	_____	PLZ, Wohnort	_____
Telefon privat	_____	Telefon dienstlich	_____
Telefon mobil	_____	E-Mail	_____
Sind Sie Rentner?	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>	

*Ist der Hauptversicherte nicht der Erziehungsberechtigte, ergänzen Sie bitte folgende Angaben des Erziehungsberechtigten:*

Name	_____	Vorname	_____
Geburtsdatum	_____		
Geschlecht	weiblich <input type="radio"/>	männlich <input type="radio"/>	divers <input type="radio"/>
Straße, Nr.	_____	PLZ, Wohnort	_____
Telefon privat	_____	Telefon dienstlich	_____
Telefon mobil	_____	E-Mail	_____

## Krankenversicherung

Gesetzliche Versicherung	_____	Pflicht <input type="radio"/>	Freiwillig <input type="radio"/>
Private Versicherung	_____	Basistarif <input type="radio"/>	Standardtarif <input type="radio"/>
Gibt es eine Zusatzversicherung für KFO Leistungen?		Nein <input type="radio"/>	Ja <input type="radio"/>
Besteht eine Berechtigung zur Beihilfe?		Nein <input type="radio"/>	Ja <input type="radio"/>
Name des behandelnden Zahnarztes	_____		

## Patientenanamnese

<b>Leiden Sie an einer der folgenden Krankheiten?</b>	Nein <input type="radio"/>	Ja <input type="radio"/>	Herzerkrankung <input type="radio"/>	Diabetes <input type="radio"/>
			Epilepsie <input type="radio"/>	Bluterkrankung <input type="radio"/>
			Sonstige <input type="radio"/>	_____ <input type="radio"/>
<b>Besteht eine der folgenden Infektionskrankheiten?</b>	Nein <input type="radio"/>	Ja <input type="radio"/>	HIV <input type="radio"/>	Hepatitis A,B,C <input type="radio"/>
			Tuberkulose <input type="radio"/>	MRSA <input type="radio"/>
			Sonstige <input type="radio"/>	_____ <input type="radio"/>
<b>Bestehen Allergien?</b>	Nein <input type="radio"/>	Ja <input type="radio"/>	Heuschnupfen <input type="radio"/>	Nickel <input type="radio"/>
			Latex <input type="radio"/>	Sonstige <input type="radio"/>
				_____ <input type="radio"/>
<b>Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?</b>	Nein <input type="radio"/>	Ja <input type="radio"/>	Welche? _____	
<b>Hatten Sie einen Unfall mit Zahnbeteiligung?</b>	Nein <input type="radio"/>	Ja <input type="radio"/>		
<b>Erfolgte eine logopädische Therapie?</b>	Nein <input type="radio"/>	Ja <input type="radio"/>		
<b>Wurde am Daumen gelutscht?</b>	Nein <input type="radio"/>	Ja <input type="radio"/>		
<b>Wurde eine HNO-Operation durchgeführt?</b>	Nein <input type="radio"/>	Ja <input type="radio"/>		
<b>Liegt eine erschwerte Nasenatmung vor?</b>	Nein <input type="radio"/>	Ja <input type="radio"/>		
<b>Knirschen Sie nachts mit den Zähnen?</b>	Nein <input type="radio"/>	Ja <input type="radio"/>		
<b>Bestehen Kopfschmerzen?</b>	Nein <input type="radio"/>	Ja <input type="radio"/>	Wenn ja, wie häufig? _____	
<b>Haben Sie Beschwerden am Kiefergelenk?</b>	Nein <input type="radio"/>	Ja <input type="radio"/>		
<b>Sind in letzter Zeit Röntgenbilder angefertigt worden?</b>	Nein <input type="radio"/>	Ja <input type="radio"/>	Wann? _____	
<b>Besteht eine Schwangerschaft?</b>	Nein <input type="radio"/>	Ja <input type="radio"/>		
<b>Wird anderweitig eine ärztliche Behandlung durchgeführt?</b>	Nein <input type="radio"/>	Ja <input type="radio"/>		
<b>Hat bereits anderorts eine kieferorthopädische Beratung stattgefunden?</b>	Nein <input type="radio"/>	Ja <input type="radio"/>	Wann? _____	
<b>Wurden Sie kieferorthopädisch behandelt?</b>	Nein <input type="radio"/>	Ja <input type="radio"/>	Wann? _____	

## Was erwarten Sie von einer kieferorthopädischen Behandlung?

Gerade ausgerichtete Zähne

Längere Lebensdauer der Zähne

Besseres Kauvermögen

Besseres Aussehen

Besseres Sprechvermögen

Beseitigung von Schmerzen

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Internet  Familie  Praxisschild  Zahnarzt   
Freunde

Dürfen wir Ihnen Informationsmaterial zusenden?

Nein  Ja  Per Mail  Per Post

Möchten Sie, dass wir Ihnen eine Terminbestätigung zukommen lassen?

Nein  Ja  Per Mail  Per SMS

Warum wird eine kieferorthopädische Behandlung gewünscht?

---

---

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben

---

Ort, Datum Unterschrift des Patienten

### Röntgeneinverständniserklärung

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass im Rahmen der kieferorthopädischen Therapie notwendige Röntgenuntersuchungen gemacht werden dürfen.

---

Ort, Datum Unterschrift des Patienten

Bitte teilen Sie uns Änderungen Ihrer Postanschrift oder der Telefonnummer mit, vielen Dank!

Moderne kieferorthopädische Therapie bedarf – wie alle medizinischen Bereiche – der Teamarbeit. Daher werden Teilleistungen (technische, weitgehend vereinfachte, risikoarme und manuelle Handhabungen) von aus- und fortgebildeten Assistentinnen nach vorheriger individueller Anordnung durch den Arzt und unter dessen Aufsicht, Überwachung und Kontrolle erbracht.