



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

Daten des Hauptversicherten

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

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

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

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	_____		

Familienanamnese

- Hat ein Elternteil Gebissunregelmäßigkeiten?** Mutter Vater
- Hatten Verwandte Gebissunregelmäßigkeiten?** Geschwister Tanten / Onkel Großeltern Cousins/ Cousinen
- Wurden diese kieferorthopädisch behandelt?** Nein Ja
- Sind Nichtanlagen bekannt?** Nein Ja
- Hat bereits anderorts eine kieferorthopädische Beratung stattgefunden?** Nein Ja
- Wenn ja, findet dort eine Behandlung statt?** Nein Ja

Patientenanamnese

- Leidet Ihr Kind an einer der folgenden Krankheiten?** Nein Ja Herzerkrankung Diabetes
Epilepsie Hepatitis A,B,C
Bluterkrankung
Sonstige _____
- Bestehen Allergien?** Nein Ja Heuschnupfen Nickel
Latex Sonstige

- Besteht eine der folgenden Infektionskrankheiten?** Nein Ja HIV Hepatitis A,B,C
Tuberkulose MRSA
Sonstige _____
- Nimmt ihr Kind regelmäßig Medikamente ein?** Nein Ja Welche? _____
- Hatte Ihr Kind einen Unfall mit Zahnbeteiligung?** Nein Ja
- Hatte Ihr Kind einen Sprachfehler?** Nein Ja
- Erfolgte eine logopädische Therapie?** Nein Ja
- Bestehen Fehlgewohnheiten?** Nein Ja Lippenbeißen Wangenbeißen
Lippenlecken Stiftekauen
Nägelkauen
- Hat Ihr Kind gelutscht?** Nein Ja Schnuller Daumen
- Hat Ihr Kind Probleme bei der Nasenatmung?** Nein Ja
- Wurde eine HNO-Operation durchgeführt?** Nein Ja Gaumenmandeln Rachenmandeln
- Sind in letzter Zeit Röntgenbilder angefertigt worden?** Nein Ja Wann? _____

Bestehen Beschwerden an den Kiefergelenken?

Nein Ja Seit wann? _____

Welche Hobbies hat Ihr Kind?

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 von mindestens einem Erziehungsberechtigten

Röntgeneinverständniserklärung

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

Ort, Datum Unterschrift von mindestens einem Erziehungsberechtigten

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.