



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	_____		

## 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
- War ihr Kind bereits in einer anderen Praxis vorstellig?** 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.