

Anmeldungs- und Gesundheitsfragebogen

Für eine möglichst optimale Behandlung füllen Sie bitte den folgenden Fragebogen genau und vollständig aus. Anschließend unterschreiben Sie bitte die erforderliche Einwilligung. Dies ist aus medizinischen und rechtlichen Gründen erforderlich. Für Rückfragen stehen wir (Personal und Ärzte) Ihnen gerne zur Verfügung.

Patientenname _____ Geschlecht _____ Geburtsdatum _____

Versichertename _____ Beziehung zum Patienten _____

Tel.-Nr. / Handy-Nr. _____ Wie sind Sie versichert? / Krankenkasse _____

Anschrift _____

E-Mail _____ Beruf _____ Arbeitgeber _____

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? Zahnarzt Bekannte Internet (_____)

Anderes _____

Zahnarzt (Name / Ort) _____ Letzter Besuch _____ Grund _____

Wurde der Patient schon einmal geröntgt? nein ja, zuletzt am _____ Körperteil _____

Wenn ja, bei welchem Arzt, Zahnarzt, Krankenhaus? _____

Besteht zurzeit eine Schwangerschaft oder könnte eine Schwangerschaft bestehen? nein ja

Sind Sie damit einverstanden, dass wir bei Ihnen bzw. Ihrem Kind röntgen? nein ja

Sind Sie damit einverstanden, dass wir Ihre Röntgenaufnahmen ggf. per E-Mail weiterversenden? nein ja

Wurden innerhalb der letzten 12 Monate Abdrücke angefertigt? nein ja, bei Dr. _____

War der Patient schon einmal in kieferorthopädischer Behandlung/Beratung?
wann? _____ wo? _____ nein ja

Haben/hatten Elternteile bzw. Geschwister Zahnfehlstellungen oder kieferorthopädische Behandlungen? nein ja

Hat der Patient Beschwerden beim Kauen? nein ja, welche _____

Knirscht/presst der Patient mit den Zähnen? nein ja. Schnarcht der Patient (Schlafstörung)? nein ja

Ist der Patient z. Z. in ärztlicher Behandlung? nein ja, weshalb? _____

Werden regelmäßig Medikamente eingenommen? nein ja, welche? _____

Bestehen irgendwelche schwerwiegenden Krankheiten? nein ja

(Diabetes, Tuberkulose, Asthma, Epilepsie, Herzfehler, HIV, Hepatitis, Blutungsneigung, Allergie gegen _____)

Lagen schon irgendwelche Zahn-, Mund-, Kiefer-, Hals- oder Rachenoperationen bzw. Unfälle vor? nein ja
(wann? _____, welche? _____, bei welchem Arzt? _____)

Mundatmung nein ja Lutschen nein ja Schnuller nein ja

Lippenbeißen nein ja Zungenbeißen nein ja Sprachfehler nein ja

Nägelkauen nein ja Blasinstrument nein ja häufig erkältet nein ja

Die dokumentierten Patientenunterlagen werden in anonymisierter Form zu Fortbildungszwecken von Mitarbeitern/Kollegen verwendet. Ich erkläre mein Einverständnis mit der Behandlung in kollektiver Form (keine räumliche Trennung der Behandlungsstühle). Ich gebe mein Einverständnis zu Erinnerungsschreiben für Kontrolltermine (z. B. bei Überwachung des Zahnwechsels). Um die Vorteile unserer neuen Digitalpraxis und modernen Praxissoftwares mit den möglichst kürzesten Wartezeiten zu garantieren, möchten wir Sie bitten die Termine einzuhalten bzw. rechtzeitig umzubuchen.

Datum _____

Name und Unterschrift _____