

**Patientenfragebogen Erwachsene**

**HERZLICH WILLKOMMEN IN UNSERER PRAXIS!** Bevor wir uns über Ihre kieferorthopädischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben der Personalien auch Auskünfte über den allgemeinen Gesundheitszustand. Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dienen ausschließlich dazu, die kieferorthopädische Therapie Ihrem Gesundheitszustand anzupassen. Wir bitten Sie, die folgenden Fragen sorgfältig und gewissenhaft auszufüllen. Sollten Sie hierfür Hilfe benötigen, wenden Sie sich bitte an unser Praxisteam.

**Patient**

Name: ..... Vorname: ..... Geb. Datum: .....  
 Straße: ..... PLZ, Ort: ..... Tel. Nr.: .....  
 Krankenkasse: ..... Zahnarzt: ..... Mobil: .....  
 E- Mail: .....

Versicherungsart:  gesetzlich  privat  freiwillig  Zusatzversicherung für KFO  Beihilfe

**Versicherter**

Name: ..... Vorname: ..... Geb. Datum: .....  
 Straße: ..... PLZ, Ort: ..... Tel. Nr.: .....  
 Beruf: ..... Mobil: ..... E- Mail: .....

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden? .....

**Anamnese – zutreffendes bitte ankreuzen!**

	<b>ja</b>	<b>nein</b>
Wurden Sie schon einmal kieferorthopädisch behandelt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Besteht hauptsächlich Mundatmung, Zähneknirschen, Zähne pressen, Zungenpressen, Kiefergelenksbeschwerden?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sind Sie wegen einer allgemeinmedizinischen Erkrankung (z.B. Herz, Leber, Niere, Blutgerinnungsstörungen, Allergien, Asthma, Diabetes) oder einer Infektionskrankheit (Hepatitis) in ärztlicher Behandlung?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? wenn ja welche:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gab es Verletzungen/Unfälle im Mund- Kieferbereich?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wurden Sie innerhalb der letzten 6 Monate am Kopf- Kieferbereich geröntgt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wurden Sie generell innerhalb der letzten 6 Monate geröntgt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bei Frauen: besteht eine Schwangerschaft?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Ich bin einverstanden über die notwendige Erstellung von Röntgenaufnahmen.</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Ich bin mit der Erstellung der notwendigen Unterlagen für einen kieferorthopädischen Behandlungsplan einverstanden.</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

\_\_\_\_\_  
 Unterschrift des Patienten

Ich bin mit der Speicherung meiner Daten einverstanden und das sie bei Bedarf an einen weiteren behandelnden Arzt weitergeleitet werden. Bitte teilen Sie uns mit, falls sich an den o.g. Angaben etwas ändert.