

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:

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!

	ja	nein
Wurden Sie schon einmal kieferorthopädisch behandelt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Besteht hauptsächlich Mundatmung, Zähneknirschen, Zähne pressen, Zungenpressen, Kiefergelenksbeschwerden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Sie wegen einer allgemeinmedizinischen Erkrankung (z.B. Herz, Leber, Niere, Blutgerinnungsstörungen, Allergien, Asthma, Diabetes) oder einer Infektionskrankheit (Hepatitis) in ärztlicher Behandlung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? wenn ja welche:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gab es Verletzungen/Unfälle im Mund- Kieferbereich?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wurden Sie innerhalb der letzten 12 Monate am Kopf- Kieferbereich geröntgt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Besteht die Möglichkeit einer Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ich bin einverstanden über die notwendige Erstellung von Röntgenaufnahmen? ja nein

Ich bin mit der Erstellung der notwendigen Unterlagen für einen kieferorthopädischen Behandlungsplan einverstanden.

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.

Vielen Dank für Ihre Mühe! Wir wünschen Ihnen einen angenehmen Aufenthalt in unserer Praxis.