

## Patientenanmeldung und Fragebogen

### Angaben zum Patienten:

Familienname : \_\_\_\_\_

Vorname : \_\_\_\_\_

Geschlecht : weiblich  männlich  Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

PLZ: \_\_\_\_\_ Wohnort: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_ Hausnummer: \_\_\_\_\_

Telefon: tagsüber \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ abends \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Handy \_\_\_\_\_

Krankenkasse : \_\_\_\_\_ gesetzlich  privat

Zusatzversicherung Tarif Spange

### Angaben zum Hauptversicherten:

Familienname : \_\_\_\_\_

Vorname : \_\_\_\_\_

Geschlecht : weiblich  männlich  Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

PLZ: \_\_\_\_\_ Wohnort: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_ Hausnummer: \_\_\_\_\_

Telefon: tagsüber \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ abends \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Handy \_\_\_\_\_

### Angaben zur Rechnungsanschrift:

Familienname : \_\_\_\_\_

Vorname : \_\_\_\_\_

PLZ: \_\_\_\_\_ Wohnort: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_ Hausnummer: \_\_\_\_\_

### Name Ihres ZAHNARZTES:

\_\_\_\_\_

## Herzlich willkommen in unserer kieferorthopädischen Fachpraxis

Dieser Fragebogen dient der Gesundheit und Sicherheit unserer Patienten und soll helfen, die beste Behandlung zu finden. Bitte lesen Sie ihn gut durch und füllen ihn sorgfältig aus.

### Medizinische Selbstauskunft / Spezielle Anamnese:

Normale Entwicklung als Kind: Ja  Nein  Anmerkung:.....

Allergien: Ja  Nein  Allergiepass: Ja  Welche:.....

Regelmäßige Medikamenteneinnahme: Ja  Nein  welche:.....

Sind Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung? Ja  Nein  warum:.....

Einschränkung von: Sehkraft  Gehör  Sonstige:.....

### Haben / hatten Sie nachfolgend benannte Erkrankungen:

Gelbsucht  Herzerkrankungen/ -fehler  Lunge/ Asthma  Tuberkulose

Diabetes  Nierenerkrankungen  Krampfanfälle  ADHS / ADS

Herpes  Blutgerinnungsstörung  Angstzustände  Schilddrüse

Aids  Endokarditis

### Ernährung / Essgewohnheiten:

Überwiegend süß  Obst  gemischt  Fast Food  deftig

wenig  viel  unkontrolliert

Lieblingsessen :.....

Fruchtsäfte  Limonaden  Mineralwasser  Tee gesüßt  ungesüßt

### Zahnmedizinische Anamnese:

Zähneputzen: Wie oft? ..... Handzahnbürste  elektrische Zahnbürste

Haben Sie Beschwerden: Ja  Nein  Welche:.....

Sollten wir etwas bei der Behandlung besonders beachten?  
.....

### Anlass für die Beratung:

Wer hat uns empfohlen? .....

Hat bereits eine *Beratung* wegen einer Spange stattgefunden? Ja  Nein

Wenn ja, bei .....

Hat bereits eine *Behandlung* mit einer Spange stattgefunden? Ja  Nein

Wenn ja, bei .....

### Welche Leistungen sind für Sie interessant, worüber möchten Sie informiert werden?

Ganzheitliche Behandlung  Bionator Behandlung

zahnfarbene Spangen  unsichtbare Spangen

Vorsorge während der Spangenbehandlung

Eigene Fragen/Wünsche:.....

### Fragen zu Röntgenaufnahmen:

Wurden Sie in den letzten 12 Monaten im Zahn- Kieferbereich geröntgt? Ja  Nein

Wenn ja, bei welchem Zahnarzt? .....

Frage für weibliche Patienten: Besteht eine Schwangerschaft? Ja  Nein

**Vielen Dank für Ihre Bemühungen**