

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.

Person

Patientenname _____ Geschlecht _____ Geburtsdatum _____
Versichertenname _____ 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 _____

Zahnärztlich und Röntgen

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? nein ja
wann? _____ wo? _____
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

Medizinisch

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? _____)

Habits

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