



Tel.:  
Fax:  
E-Mail:

## Willkommen in unserer Praxis!

Sehr geehrter Patient, liebe Eltern,  
wir heißen Sie herzlich in unseren Praxisräumen willkommen.

### Daten des Patienten:

Titel: weibl. männl. unbestimmt

Name: Vorname: Geb.-Dat.: (tt.mm.jjjj)

Straße / Nr.: PLZ: Wohnort: Geburtsort:

Tel.(Festnetz): Handy-Nr.: E-Mail:

### Hausarzt:

### Zahnarzt:

### Daten des Versicherten:

Titel: weibl. männl. unbestimmt

Name: Vorname: Geb.-Dat.: (tt.mm.jjjj)

Straße / Nr.: PLZ: Wohnort:

Tel. (Festnetz): Tel. (mobil): E-Mail:

Beruf:\* Tel. dienstl.:\* Arbeitgeber:\*

*\*Bitte auch ausfüllen, wenn der Patient selbst der Versicherte ist.*

### Krankenkasse / Versicherung:

#### Private Zusatzversicherung für Kieferorthopädie

### Nur für Privatpatienten:

Privat versichert - **nicht** im Basistarif

Privat versichert - im Basistarif (Erstattung nur 2,0facher Faktor)

Beihilfeberechtigt

Meine Versicherung erstattet nach der Selbstkostenliste



Besteht ein getrenntes Sorgerecht?

Ja

Nein

**Daten des getrennt lebenden Partners:**

Titel:

weibl.

männl.

unbestimmt

Name:

Vorname:

Geb.-Dat.: (tt.mm.jjjj)

Straße / Nr.:

PLZ:

Wohnort:

Tel.(Festnetz):

Tel. (mobil):

E-Mail:

**Röntgen**

Gemäß der Röntgenverordnung möchten wir Sie bitten, folgende Fragen anzukreuzen:

Wurde der Patient schon einmal geröntgt?

Ja

Nein

Besteht zur Zeit eine Schwangerschaft?

Ja

Nein

**Zahnärztliche Anamnese**

Wann war der letzte Zahnarztbesuch?

Hat/Hatte einer der Eltern eine Zahnfehlstellung?

Ja

Nein

Hat der Patient Beschwerden beim Kauen?

Ja

Nein

Knirscht der Patient mit den Zähnen?

Ja

Nein

War der Patient schon in Kfo-Behandlung?

Ja

Nein

Wenn ja, wo?

wann?

Waren/sind Geschwister in Kfo-Behandlung?

Ja

Nein

Wenn ja, wo?

wann?



## Medizinische Anamnese

Ist der Patient zur Zeit in ärztlicher Behandlung? Ja Nein

Wenn ja, weshalb/wo?

Werden regelmäßig Medikamente eingenommen? Ja Nein

Wenn ja, welche?

Ist Ihr Kind hyperaktiv? Ja Nein

Bestehen/bestanden schwerwiegende Krankheiten?  
(Rachitis, Diabetes, Tuberkulose, Asthma, Epilepsie, Herzfehler, Allergien, AIDS...) Ja Nein

Welche Krankheiten/sonstige Krankheiten?

Lagen schon Mund- oder Kieferoperationen bzw. -Unfälle vor? Ja Nein

Wenn ja, was?

wann?

## Gewohnheiten als Kleinkind bzw. derzeit

Schnuller	Ja	Nein	Mundatmung	Ja	Nein
-----------	----	------	------------	----	------

Lippenbeißen	Ja	Nein	Daumenlutschen	Ja	Nein
--------------	----	------	----------------	----	------

Nägel kauen	Ja	Nein	Sprachfehler	Ja	Nein
-------------	----	------	--------------	----	------

Spielt der Patient ein Blasinstrument? Ja Nein

Sind Sie bzw. Ihr Kind mit Fotografien (nicht Röntgenaufnahmen!) der Zähne zur Dokumentation einverstanden? Fotos können jederzeit gelöscht werden, Sie haben das Recht auf Widerruf der Einwilligung. Ja Nein

## Wichtige Informationen

- **Alle Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden daher streng vertraulich behandelt. Der Speicherung meiner persönlichen Daten stimme ich zu. Außerdem bin ich im Bedarfsfall mit der Übermittlung von Röntgenbildern an einen weiterbehandelnden Zahnarzt oder Kieferchirurgen sowie der Daten an ein Dentallabor einverstanden.**  
**Auch können Ihre personenbezogenen Daten zu Zwecken der Qualitätssicherung herangezogen werden. Weitere Informationen zur Datenverarbeitung erhalten Sie unter folgendem Link <https://www.g-ba/beschluesse/4036/>**

Ja

Nein

- Ich verpflichte mich, Sie umgehend über alle während des Behandlungszeitraumes auftretenden Änderungen zu informieren.
- Ich verpflichte mich, vereinbarte Termine einzuhalten oder im Voraus abzusagen, andernfalls können daraus entstehende Kosten in Rechnung gestellt werden.
- Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die abgedruckten Informationen gelesen und verstanden habe.

**Zum Unterschreiben dieses Bogens gehen Sie bitte an die Rezeption.**

**Für die Richtigkeit der Angaben:**

---