

Patient	Name, Vorname	geb.	Beruf
	Straße, Nr.	PLZ, Ort	Telefon
	Name, Vorname	geb.	Beruf
	Straße, Nr.	PLZ, Ort	Telefon

Unter welcher Mobilnummer können wir Sie bei Terminänderungen am besten erreichen?.....

Gesetzliche Krankenkasse:..... ☐ freiwillig versichert ☐ pflichtversichert

Private Krankenversicherung:..... ☐ Beihilfe ☐ private Zusatzversicherung

Zahnarzt:..... Empfohlen von:.....

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

- ☐ Telefonbuch/Branchenbuch ☐ Telefonbuch/Branchenbuch - Online
☐ persönliche Empfehlung durch: ☐ Außenwerbung
☐ Google ☐ Sonstiges:

Wurden Sie schon kieferorthopädisch beraten oder behandelt? ☐ Ja ☐ Nein

Falls ja, wann?..... durch Dr. Wurden Unterlagen erstellt? ☐ Ja ☐ Nein

Haben/hatten Sie folgende Erkrankungen?

- ☐ Allergien ☐ Herzfehler ☐ Hepatitis A ☐ AIDS
☐ Asthma ☐ Diabetes ☐ Hepatitis B ☐ Bluter
☐ Kreislauferkrankungen ☐ Epilepsie ☐ Hepatitis C ☐ Tuberkulose

Falls ja, bitte genaue Angaben machen:

Sonstige Krankheiten:

Falls Medikamente genommen werden, bitte angeben welche:

Hatten Sie Unfälle mit Zahnbeteiligung? ☐ Ja ☐ Nein

Falls ja, bitte genaue Angaben machen Wann?

Was stört Sie bei der Zahnfehlstellung am meisten?

Gemäß Röntgenverordnung vom 8.1.1987 bitte folgende Fragen beantworten:

- Wurden Sie schon einmal geröntgt? ☐ Ja ☐ Nein
Waren es Untersuchungen der Zähne oder des Kiefers? ☐ Ja ☐ Nein
Ich möchte **vor** jeder Röntgenaufnahme informiert werden. ☐ Ja ☐ Nein
Für Erwachsene Patienten: ☐ Ja ☐ Nein
Wurden Bestrahlungen (**Chemo**) durchgeführt? ☐ Ja ☐ Nein
Bei weiblichen Patienten: Sind Sie schwanger? ☐ Ja ☐ Nein

Die Fragen zum Gesundheitszustand dienen ausschließlich dazu, die Behandlung optimal auf den Patienten einzustellen.

Alle Angaben sind streng vertraulich und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Bitte teilen Sie uns Änderungen umgehend mit.

Fürth, den.....

Unterschrift des Versicherten oder des Erziehungsberechtigten