

Hallo, schön dass Sie da sind!

Bevor wir uns in Ruhe über Ihre kieferorthopädischen Wünsche und Ziele unterhalten, benötigen wir ein paar Daten.

Bitte füllen Sie den Fragebogen in Ruhe aus. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Wenn Sie dazu Fragen oder Unklarheiten haben, helfen wir Ihnen gerne weiter.

- Der Erhebung und Verarbeitung meiner Daten gemäß der in unserer Praxis erhältlichen Hinweise zur Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) stimme ich ausdrücklich zu.

Patientendaten

Name, Vorname des Patienten:

Geburtsdatum & Geburtsort:

Name, Vorname des Versicherten:

Geburtsdatum & Geburtsort_

_____ Mutter Vater

Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort:

Rechnungsanschrift (falls abweichend):

Telefon, Handy:

E-Mail:

Name der Krankenversicherung:

Privat versichert Beihilfe

Zahnarzt:

Überwiesen? Ja Nein

Fragen zum Patienten

War der Patient früher schon in kieferorthopädischer Behandlung? Wenn ja, bei wem und wo?

Nimmt der Patient Medikamente?

Nein Ja, welche?

Befindet sich der Patient derzeit in kieferorthopädischer Behandlung? Wenn ja, bei wem und wo?

Liegen Krankheiten/Allergien beim Patienten vor? Wenn ja, welche?

Besteht eine Schwangerschaft?

Sind bereits Geschwister bei uns in Behandlung?

Nein Ja, Vorname: _____

Nein Ja unsicher

Wurden schon einmal Röntgenaufnahmen von Kopf, Hand oder Kiefer erstellt?

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? (Zahnarzt, Internet, Freunde etc.)

Nein Ja, Wann + wo?: _____

Sonstiges:

Unterschrift (des Erziehungsberechtigten)
