

Herzlich Willkommen in unserer Praxis!

Um Ihnen eine optimale Behandlung anbieten zu können, füllen Sie diesen Fragebogen bitte sorgfältig aus. Ihre Daten unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und werden vollumfänglich vertraulich behandelt.

Bei Fragen helfen wir Ihnen sehr gerne weiter.

Vielen Dank, Ihr Dr. CD

PERSÖNLICHE ANGABEN DES PATIENTEN

weiblich männlich

Name, Vorname

Geburtsdatum

Straße, PLZ, Ort

Telefon (privat)

Natel

Größe

Gewicht

Größe der Mutter

Größe des Vaters

Name und Anschrift Ihres behandelnden Zahnarztes

Zahlungspflichtiger

Name, Vorname

Geburtsdatum

Straße, PLZ, Ort

Telefon (privat)

Natel

E-Mail

Krankenversicherung

Name Ihrer Krankenversicherung

Zusatzversicherung für Kieferorthopädie
(Tipp: Erfragen Sie bei Ihrem Sachbearbeiter die Prozentzahl)

Ergänzungsleistungen bei der IV

Erziehungsberechtigter (falls abweichend vom Zahlungspflichtigen)

Name, Vorname

Geburtsdatum

Straße, PLZ, Ort

Telefon (privat)

Natel

E-Mail

ALLGEMEINE GESUNDHEITSANGABEN

Leidet Ihr Kind an einer der folgenden Krankheiten?

| | Nein | Ja | Wenn ja, welche? |
|------------------------|---------------------------|-----------------------|--|
| Herzkrankheiten | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | _____ |
| Diabetes | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | _____ |
| Erkältungskrankheiten | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | _____ |
| Epilepsie | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | _____ |
| Blutkrankheiten | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | _____ |
| Allergien | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | _____ |
| Hepatitis | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | _____ |
| Infektionskrankheiten: | HIV <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | AIDS <input type="radio"/> <input type="radio"/> |

Sonstige Krankheiten und physische oder psychische Einschränkungen

| | Nein | Ja | |
|---|-----------------------|-----------------------|---------------|
| Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Welche? _____ |
| Hatte Ihr Kind Unfälle mit Zahnbeteiligung? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Wann? _____ |

KIEFERORTHOPÄDISCHE FRAGEN

| | Nein | Ja | |
|--|-----------------------|-----------------------|---|
| Knirscht Ihr Kind mit den Zähnen? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Schnarcht Ihr Kind? <input type="radio"/> <input type="radio"/> |
| Hat Ihr Kind Sprachfehler? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| Hat Ihr Kind an der Hand gelutscht? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Wie lange? _____ |
| Erfolgte eine logopädische Therapie? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Wann? _____ |
| | Nein | Ja | Wenn ja, wo? |
| War Ihr Kind bereits in kieferorthopädischer Behandlung? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | _____ |
| Ist Ihr Kind aktuell in kieferorthopädischer Behandlung? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | _____ |
| Werden Geschwister kieferorthopädisch behandelt? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | _____ |
| Name des Geschwisterkindes | | | _____ |
| Sind in der letzten Zeit Panorama-Röntgenaufnahmen angefertigt worden? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Region _____ |

Warum wird eine kieferorthopädische Behandlung gewünscht?

SONSTIGES

Erinnerungsservice

- Ich wünsche, an Termine per E-Mail oder SMS erinnert zu werden.

Röntgeneinverständniserklärung

- Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass im Rahmen der kieferorthopädischen Behandlung die notwendigen Röntgenunterlagen (bei Minderjährigen nach Rücksprache mit den Eltern) von mir angefertigt werden.

Nutzungsrechte

- Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass Fotos und Röntgenbilder, die von mir erstellt werden NUR im Rahmen von wissenschaftlichen Vorträgen/Publicationen veröffentlicht werden dürfen.

Überwiesen/empfohlen von

- Zahnarzt Patient – Name: Familie/Freunde/Bekannte
-

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

- Schaufenster Praxisschild Internet Branchenbuch local.ch
 Sonstiges
-

Bitte teilen Sie uns Änderungen Ihrer Anschrift oder anderer Angaben umgehend mit!
Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben.

Ort, Datum

(Unterschrift des Patienten = Zahlungspflichtigem)