

Liebe Patientin, lieber Patient,
herzlich willkommen in unserer Praxis! Für eine sorgfältige Untersuchung bitten wir Sie, diesen Fragebogen vollständig auszufüllen. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und werden streng vertraulich behandelt.

Angaben zur Person

Name, Vorname: _____
Geburtsdatum _____ Geburtsort _____
weiblich ☐ männlich ☐ divers ☐
Straße _____ PLZ, Ort _____
Telefon _____ Mobiltelefon _____

Angaben zum Zahlungspflichtigen (falls abweichend)

Name, Vorname: _____
Geburtsdatum _____
Straße _____ PLZ, Ort _____
Telefon _____ Mobiltelefon _____
E-Mail-Adresse _____
Beruf _____ Arbeitgeber _____

Krankenversicherung & behandelnde Ärzte

privat ☐ gesetzlich ☐ versichert bei: _____
Behandelnder Zahnarzt: _____
Behandelnder Hausarzt: _____

Hinweis zur Praxisorganisation

Wir führen eine Bestellpraxis, damit jeder Termin ausschließlich für Sie reserviert werden kann. Bitte sagen Sie Termine mindestens **48 Stunden** im Voraus ab. Gemäß § 615 BGB sind Sie bei unentschuldigtem Fernbleiben dennoch zur Zahlung des vereinbarten Honorars verpflichtet, da kein Ersatztermin vergeben werden konnte.

Wir behandeln unsere Patienten in einem Zimmer mit mehreren Behandlungstühlen. Mit Ihrer Unterschrift erklären Sie sich damit einverstanden. Die Verarbeitung Ihrer Daten erfolgt ausschließlich auf gesetzlicher Grundlage; eine Patienteninformation nach Art. 13 DSGVO liegt zur Mitnahme bereit.

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie außerdem, bereit und in der Lage zu sein, den während der Behandlung anfallenden **Eigenanteil** zu tragen.

Trier, den _____

Bitte wenden > > >

Unterschrift (Zahlungspflichtige/r) _____

Allgemeine Anamnese

Bestehen allgemeinmedizinische Erkrankungen?
(z. B. Diabetes, Gerinnungsstörungen, Infektionskrankheiten, Allergien) ☐ ja ☐ nein
Wenn ja, welche? _____

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? ☐ ja ☐ nein
Wenn ja, welche? _____

Wurden Sie bereits operiert? ☐ ja ☐ nein
Wenn ja, wann und an welchem Körperteil? _____

Rauchen Sie? ☐ ja ☐ nein
Wenn ja, seit wann und wie viele Zigaretten täglich? _____

Kieferorthopädische Gesundheitsfragen

Wurden Ihre Eltern oder Geschwister kieferorthopädisch behandelt? ☐ ja ☐ nein
Wurden Sie bereits kieferorthopädisch behandelt oder beraten? ☐ ja ☐ nein
Wenn ja, in welcher Praxis? _____

Sind oder waren Sie in orthopädischer Behandlung? ☐ ja ☐ nein
Bestehen oder bestanden Beschwerden im Kiefergelenksbereich? ☐ ja ☐ nein
Knacken ☐ Reiben ☐ Schmerzen ☐ Sonstiges: _____

Knirschen oder pressen Sie mit den Zähnen? ☐ ja ☐ nein
Leiden Sie häufig unter Kopfschmerzen, Schmerzen im Gesichtsbereich oder beim Kauen? ☐ ja ☐ nein
Wenn ja, welche Art von Schmerzen? _____

Haben Sie Unfälle im Kopf- oder Gesichtsbereich erlitten? ☐ ja ☐ nein
Wenn ja, wann und welche? _____

Spielen Sie ein Blasinstrument? ☐ ja ☐ nein
Wenn ja, welches? _____

Was stört Sie an Ihrer Zahn- und/oder Kieferstellung am meisten?

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

Empfehlung durch den Zahnarzt ☐ Empfehlung durch Bekannte ☐ Internet ☐

Danke! (Bitte Zutreffendes bei Ja / Nein ankreuzen)