



Liebe Patienten,
herzlich willkommen in unserer Praxis.

Für eine sorgfältige Untersuchung benötigen wir die genaue Beantwortung dieses Fragebogens.
Natürlich unterliegen diese Daten der ärztlichen Schweigepflicht und werden vertraulich behandelt.
Vielen Dank.

PATIENTENDATEN

Name:

Vorname:

weiblich

männlich

geboren am:

Straße, Nr.:

PLZ:

Ort:

Telefon:

E-Mail:

VERSICHERUNGSDATEN

gesetzliche Krankenversicherung:

private Krankenversicherung:

mit Beihilfe?

Nein

Ja

▼ **Hauptversicherter / Rechnungsempfänger:** ▼

Name:

Vorname:

weiblich

männlich

geboren am:

Straße, Nr.:

PLZ:

Ort:

Telefon:

E-Mail:

STATISTISCHE DATEN

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Empfehlung durch Hauszahnarzt

Internet

Social Media

Praxisschild

Empfehlung durch Familie/Freunde/Bekannte

Werbung im öffentlichen Raum (Plakat, U-Bahn, S-Bahn)

Empfehlung durch Vereine/gesponsorte Werbung (Bandenwerbungen, Trikots, etc.)

Beruf des Erziehungsberechtigten/Hauptversicherten:

ZAHNARZTDATEN

Name des behandelnden Zahnarztes/der behandelnden Praxis:

Information/Röntgenbilder/Befundmitteilung an Zahnarzt erwünscht?	Nein	Ja
Waren sie bereits in kieferorthopädischer Behandlung?	Nein	Ja
Sind sie aktuell in kieferorthopädischer Behandlung?	Nein	Ja, bei:
Ist ein Geschwisterkind in laufender kieferorthopädischer Behandlung.	Nein	Ja, Name:
Wurden Sie innerhalb der letzten 6 Monate bereits kieferorthopädisch beraten?	Nein	Ja
Wenn Ja, wo? anderer ADENTICS Standort, und zwar:		andere Fremde KFO Praxis
Gibt es Röntgenaufnahmen von Ihren Zähnen/Ihrem Kiefer aus dem letzten Jahr?	Nein	Ja

MEDIZINISCHE DATEN

Leiden Sie an einer der folgenden Krankheiten? Nein Ja *Wenn ja, welche?*

Erkältungskrankheiten	Diabetes	Epilepsie	Hepatitis
Infektionskrankheiten	Blutkrankheiten	Herzkrankheiten	
Sonstige Krankheiten oder physische oder psychische Einschränkungen:			

Leiden Sie an Allergien? Nein Ja *Wenn ja, welche?*

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? Nein Ja *Wenn ja, welche?*

Sind Sie schwanger? Nein Ja

Bitte teilen Sie uns Änderungen Ihrer Anschrift oder anderer Angaben umgehend mit!



Erklärung für Mitglieder einer gesetzlichen Krankenkasse:

Ich bin Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse und bin darüber informiert, dass für das jeweilige Quartal die Krankenversichertenkarte unaufgefordert vorzulegen ist. Mir ist bekannt, dass andernfalls für die Behandlung eine private Berechnung erfolgen muss.



Erinnerungsservice: Ich möchte an zukünftige Termine erinnert werden.

Röntgeneinverständniserklärung bei minderjährigen Patienten: Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass im Rahmen der kieferorthopädischen Behandlung notwendige Röntgenunterlagen angefertigt werden.

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

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben.



Ort

Datum

Unterschrift des Patienten/des Erziehungsberechtigten