

# 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:

Name, Vorname des Versicherten:

Mutter  Vater

Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort:

Rechnungsanschrift (falls abweichend):

Telefon, Handy:

Name der Krankenversicherung:

Zahnarzt:

## Fragen zum Patienten

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

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

Sind bereits Geschwister bei uns in Behandlung?

Nein  Ja, Vorname: \_\_\_\_\_

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

Nein  Ja, Wann + wo?: \_\_\_\_\_

Sonstiges:

Geburtsdatum & Geburtsort:

Geburtsdatum & Geburtsort:

E-Mail:

Privat versichert  Beihilfe

Überwiesen?  Ja  Nein

Nimmt der Patient Medikamente?

Nein  Ja, welche?

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

Besteht eine Schwangerschaft?

Nein  Ja  unsicher

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

**Unterschrift (des Erziehungsberechtigten)**