

Herzlich willkommen in unserer Praxis!



DR. EICHENAUER
Fachzahnärztin für
Kieferorthopädie

Lieber Patient, Liebe Eltern,

Wir freuen uns, Sie in unserer Praxis begrüßen zu dürfen!

Wir bitten Sie, den vorliegenden Fragebogen vollständig auszufüllen.

Wir benötigen Ihre Angaben, um für Ihr Kind oder Sie selbst eine optimale und individuelle fachzahnärztliche Beratung und Behandlung sicherzustellen. Bitte kreuzen Sie das Zutreffende an und machen evtl. eine kurze Erläuterung. Ihre Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dem Datenschutz. Bei Fragen oder Unklarheiten beim Ausfüllen helfen wir Ihnen gerne weiter.

Ihr Praxisteam Dr. Eichenauer

Allgemeine Angaben

Nachname des Patienten		Nachname des Versicherten	
Vorname des Patienten	Geburtsdatum	Vorname des Versicherten	Geburtsdatum
Straße und Hausnummer		Email-Adresse des Patienten ODER der Eltern (WICHTIG zur Erinnerung an Termine)	
PLZ und Ort		Arbeitgeber	
Telefon		Geschwister des Patienten in unserer Praxis	
Name des Zahnarztes	Ort	Name des Hausarztes	Ort
		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Name der Versicherung		Leben die Eltern/Sorgeberechtigten getrennt?	
<input type="checkbox"/> gesetzlich <input type="checkbox"/> freiwillig <input type="checkbox"/> privat <input type="checkbox"/> Beihilfe berechtigt <input type="checkbox"/> private Zahn-Zusatzversicherung			
Art der Versicherung			
Falls abweichend – Name und vollständige Anschrift des Rechnungsempfängers			
<input type="checkbox"/> Überweisung von Zahnarzt/Schulzahnarzt		<input type="checkbox"/> Wunsch von Mutter/Vater/Patient	
Anlass der kieferorthopädischen Beratung oder Behandlung			
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Wurde der Patient bereits kieferorthopädisch beraten?		Wurden bereits Röntgenbilder oder Zahnmodelle erstellt?	
Name und Ort des Kieferorthopäden (falls bereits eine kieferorthopädische Beratung oder Behandlung erfolgt ist)			
<input type="checkbox"/> Überweisung von:		<input type="checkbox"/> Empfehlung durch:	
<input type="checkbox"/> Internet <input type="checkbox"/> Praxisschild		<input type="checkbox"/> Sonstiges:	
Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?			

Gesundheitsfragen

JA NEIN

		JA	NEIN
1	Bestehen ALLGEMEINERKRANKUNGEN? (z. B. psychische Erkrankung, Asthma, Rheuma, Diabetes, Epilepsie, Herzfehler, Schilddrüsenerkrankung, Rachitis, Blutgerinnungsstörung, Hör- oder Sprachprobleme) Wenn ja, welche?		
2	Werden regelmäßig Medikamente eingenommen? Wenn ja, welche?		
3	Bestehen Allergien (z. B. Latex, Jod, Nickel, Chrom, Kunststoffe, Metalle, Pollen/Gräser, Medikamente)? Wenn ja, welche?		
4	Bestehen ansteckende Krankheiten (z. B. Hepatitis, Tuberkulose, HIV)?		
5	Bestehen oder bestanden folgende Gewohnheiten: Daumen- oder Fingerlutschen, Fingernägeln kauen, Stifte kauen, Lippenbeißen? Wenn ja, was? Seit/bis wann?		
6	Bestehen Probleme bei der Nahrungsaufnahme bzw. beim Kauen/Abbeißen?		
7	Bestehen Beschwerden im Kiefergelenk (z. B. Knackgeräusche)? Wenn ja, was? Seit wann?		
8	Knirscht oder presst der Patient nachts mit den Zähnen?		
9	Wurde schon einmal eine logopädische Therapie durchgeführt? Wenn ja, wann und wieso?		
10	Atmet der Patient häufig oder ausschließlich durch den Mund bzw. schnarcht er?		
11	Hat der Patient häufig Erkältungen bzw. Atemwegsinfekte?		
12	Wurde bereits eine Hals-Nasen-Ohrenärztliche Behandlung vorgenommen (z. B. Mandeln oder Polypen entfernen)? Wenn ja, was und wann?		
13	Wurden jemals Zähne (auch Milchzähne) durch den Zahnarzt entfernt? Wenn ja, wann und warum?		
14	Hatte der Patient einmal eine Verletzung (z. B. Sturz, Schlag oder Unfall) an Zähnen oder Kiefer? Wenn ja, was und wann?		
15	Wird regelmäßig ein Blasinstrument gespielt? Wenn ja, welches und wie häufig?		
16	Wird regelmäßig eine bestimmte Sportart ausgeübt? Wenn ja, welche?		
17	Bestanden Besonderheiten während Schwangerschaft, Geburt oder im Kleinkindalter (z. B. Erkrankungen, Operationen, Medikamente, Frühgeburt)?		
18	Bestehen bei Eltern oder nahen Verwandten ähnliche Zahn- oder Kieferfehlstellungen? Wenn ja, bei wem?		
19	Waren/sind Eltern oder Geschwister in kieferorthopädischer Behandlung?		
20	In welchem Alter kamen die ersten Milchzähne? <input type="checkbox"/> vor dem 6. Monat <input type="checkbox"/> zwischen dem 6. und 8. Monat <input type="checkbox"/> nach dem 8. Monat		
21	Wie häufig werden Softdrinks, Erfrischungsgetränke oder Saftschorlen getrunken? <input type="checkbox"/> täglich einmal/mehrmals <input type="checkbox"/> 3-4x pro Woche <input type="checkbox"/> weniger als 1x pro Woche		
22	Hat der Patient Interesse an einer kieferorthopädischen Behandlung? <input type="checkbox"/> sehr <input type="checkbox"/> mäßig <input type="checkbox"/> wenig <input type="checkbox"/> gar nicht		
23	Können im Fall einer kieferorthopädischen Behandlung regelmäßige Kontrolltermine (etwa alle 4-10 Wochen) über einen längeren Zeitraum sichergestellt werden?		

Wir bitten Sie, Änderungen der allgemeinen Angaben (z. B. geplanter Umzug, Wechsel der Versicherung) sowie des Gesundheitszustandes (z. B. neue Erkrankungen oder Medikamente) unverzüglich mitzuteilen!

Mit Ihrer Unterschrift stimmen Sie zu, dass Patientendaten weiterbehandelnden Ärzten zur Verfügung gestellt, von behandelnden Ärzten eingeholt, an kooperierende Abrechnungs-Unternehmen übermittelt oder (anonym) zu wissenschaftlichen Zwecken verwendet werden dürfen.

Ort, Datum

Unterschrift
(volljähriger Patient bzw. Erziehungsberechtigter)