



Mitgliedschaften: Deutsche Gesellschaft für Kieferorthopädie (DGKFO), Initiative Kiefergesundheit (IKG),
Deutsche Gesellschaft Zahnärztliche Schlafmedizin (DGZS)

Patientenfragebogen für Frau Herrn _____

Titel Vorname Name

Ort, Datum

Stammdaten, Patient:

Name: _____ Vorname: _____ ♀ ♂

Titel: _____

Strasse, Nr.: _____ Plz., Ort: _____

Geburtsdatum: _____

Gesetzlich krankenversichert: Privat krankenversichert: rein privat privat mit Beihilfe

Ich bin damit einverstanden, eventuell telefonisch, per E-Mail oder SMS an einen Termin erinnert zu werden.

Ja Nein

Unterschrift

Telefon, fest: _____ Telefon, mobil: _____

E-mail: _____

Stammdaten, Versicherter (wenn anders als bei Patient):

Name: _____ Vorname: _____ ♀ ♂

Titel: _____

Strasse, Nr.: _____ Plz., Ort: _____

Geburtsdatum: _____

Telefon, fest: _____ Telefon, mobil: _____

E-mail: _____

Rechnungsempfänger (wenn anders als bei Patient oder Versicherter):

Name: _____ Vorname: _____ ♀ ♂

Titel: _____

Strasse, Nr.: _____ Plz., Ort: _____

Geburtsdatum: _____

Telefon, fest: _____ Telefon, mobil: _____

E-mail: _____

1. *Wie sind Sie auf unsere Praxis gekommen?*

- a. Telefonbuch, Ärztereister
- b. Branchenbuch
- c. Internet
- d. Überweisung vom Hauszahnarzt
- e. Empfehlung
- f. Sonstiges _____

2. *Wer ist Ihre/-r Zahnärztin/-arzt?* _____

3. *Haben Sie*

- a. Allergien?
 - i. Nein
 - ii. Ja: _____
- b. Eine Erkrankung, weswegen Sie regelmäßig zum Arzt oder Medikamente nehmen müssen?
 - i. Nein
 - ii. Ja: _____

- c. Eine verlängerte Blutungszeit?
 - i. Nein
 - ii. Ja: _____

Die Fragen 4 und 5 sind gedacht, um für Sie den geeigneten Klammertyp auswählen zu können.

4. *Haben Sie Hobbies?*

- a. Nein
- b. Ja: _____
 - i. An welchen Tagen werden diese wie lange ausgeübt?

5. *Was machen Sie beruflich?* _____

Sollte eine Behandlungsnotwendigkeit festgestellt werden, bin ich damit einverstanden, dass ein Behandlungsplan mit Bitte um Genehmigung an meine Krankenkasse geschickt wird.

Ja Nein

Ich bin damit einverstanden, dass bei Bedarf meine Röntgenbilder unverschlüsselt an eine/-n meiner anderen Ärztinnen/-e per E-mail versandt werden. Mir ist bekannt, dass dieser Transport potentiell unsicher ist und meine Bilder von unbefugten Personen eingesehen werden könnten.

Ja Nein

Unterschrift

Vielen Dank für Ihre Zeit!