



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

**Patientenfragebogen für** \_\_\_\_\_  
Vorname Name

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

**Stammdaten, Patient:**

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ ♀ ♂

Strasse, Nr.: \_\_\_\_\_ Plz., Ort: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Gesetzlich krankenversichert:    Privat krankenversichert:    rein privat    privat mit Beihilfe

**Erklärung der Eltern/Erziehungsberechtigten:**

Ich bin damit einverstanden, dass ich/ meine Tochter/ mein Sohn eventuell telefonisch, per E-Mail oder SMS  
an einen Termin erinnert werde/ wird.    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. Name der/des Zahnärztin/-arztes \_\_\_\_\_

3. Besteht/bestehen

- a. Allergien?
  - i. Nein
  - ii. Ja: \_\_\_\_\_
  
- b. eine Erkrankung, weswegen regelmäßig Arzttermine wahrgenommen oder Medikamente eingenommen werden müssen?
  - i. Nein
  - ii. Ja: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
  
- c. eine verlängerte Blutungszeit?
  - i. Nein
  - ii. Ja: \_\_\_\_\_

Die Fragen 4 bis 6 sind gedacht, um für Ihr Kind den geeigneten Klammertyp auswählen zu können.

4. Werden Hobbies betrieben?

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

5. Muß Ihr Kind nachmittags in die Schule oder ist es in der Ganztagsbetreuung?

- a. Nein
- b. Ja
  - i. An welchen Tagen und wie lange?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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

Ja    Nein

Ich bin damit einverstanden, dass bei Bedarf Röntgenbilder unverschlüsselt an eine/-n ihrer/seiner 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 der Eltern

Vielen Dank für Ihre Zeit!