



Mitgliedschaften: Deutsche Gesellschaft für Kieferorthopädie (DGKFO),
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 Spangentyp 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

Unterschrift der Eltern

Vielen Dank für Ihre Zeit!