



Herzlich willkommen in unserer Praxis!

Lieber Patient, damit wir Ihnen eine bestmögliche medizinische Betreuung bieten können, möchten wir Sie bitten diesen Gesundheitsfragebogen auszufüllen. Dieser ist wichtig für eine adäquate und risikofreie Behandlung. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht

Name des/r Patienten/in Vorname Geburtsdatum

Name des/r Versicherten/Rechnungsempfänger Vorname Geburtsdatum

Wohnort Straße, Hausnummer

Telefon Handy

überwiesen von empfohlen durch

Beruf

Bei welcher Krankenkasse sind Sie versichert?

- Gesetzlich versichert** pflichtversichert
 freiwillig **private Zusatzversicherung**
- Privat versichert**
nicht im Standardtarif oder Erweiterten Standardtarif (Basistarif-Bedingungen) **Privat versichert – im Erweiterten Standardtarif (Basistarif-Bedingungen)**
- Beihilfeberechtigt** **Privat versichert – im Standardtarif**

Haben Sie einen Zahnarzt? ja nein

Name und Ort:

Gesundheitsfragebogen

- Liegen ähnliche Zahnfehlstellungen in der Familie vor? ja nein
- Sind Sie bereits kieferorthopädisch behandelt worden? ja nein
- Sind bei einem Unfall die Kiefer verletzt oder bleibende Zähne beschädigt worden?
 ja nein
- Bestehen zur Zeit ansteckende Erkrankungen?
(z. B. Hepatitis, Tuberkulose, HIV)
- Bestehen Allergien? ja nein

gegen:

Weitere Fragen finden Sie auf der Rückseite →

- Bestehen Blutgerinnungsstörungen? ja nein
- Atmen Sie mehr durch die Nase? den Mund?

- Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? ja nein
folgende: _____
- Sind Sie gegen bestimmte Medikamente überempfindlich? ja nein
folgende: _____

- Leiden Sie an Herz-oder Kreislaferkrankungen? ja nein
- Knirschen Sie nachts mit den Zähnen? ja nein
- Waren Sie bereits bei einem Hals-Nasen-Ohrenarzt? ja nein
 Mandeln wurden entfernt
- Schnarchen Sie? ja nein
- Setzen Sie beim Schlafen mit der Atmung aus? ja nein
- Besteht zur Zeit eine Schwangerschaft? ja nein
_____ Schwangerschaftswoche

Ja, ich möchte den Recall-Service Ihrer Praxis in Anspruch nehmen. Bitte erinnern Sie mich in regelmäßigen Abständen schriftlich, telefonisch/per Fax oder per E-Mail an einen Nachsorge-Termin zur Untersuchung und/oder zur Behandlung. Die Teilnahme am Recall kann ich jederzeit widerrufen.

E-Mail Adresse: _____

Bestellpraxis

Wir sind immer bemüht, Ihnen lange Wartezeiten zu ersparen. Deshalb bitten wir Sie, vereinbarte Termine mindestens 24 Stunden vorher abzusagen, falls Sie verhindert sind. Wir sind berechtigt, nicht eingehaltene Termine auch Mitgliedern der gesetzlichen Krankenversicherung nach der privaten Gebührenordnung (GOZ) in Rechnung zu stellen.

Ich verpflichte mich, Sie umgehend über alle während des Behandlungszeitraumes auftretenden Änderungen zu informieren. Hiermit erteile ich Ihnen die Erlaubnis medizinisch notwendige Röntgenbilder anzufertigen.

Datum: _____

Unterschrift: _____

Vielen Dank für die Unterstützung des Praxisteam.