
Herzlich Willkommen in unserer Praxis!

Lieber Patient, liebe Patientin, sehr geehrte Eltern,

bitte nehmen Sie sich etwas Zeit, um diesen Fragebogen sorgfältig auszufüllen. Er wird Ihrer Karteikarte beigelegt. Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dienen ausschließlich dazu, die Behandlung Ihrem Gesundheitszustand anzupassen. Sollten Sie Schwierigkeiten mit der Beantwortung einzelner Fragen haben, helfen wir Ihnen gerne.

Nachname des Patienten		Vorname des Patienten	
<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers			
Geschlecht		Geburtsdatum	Geburtsort
Straße, Hausnummer		PLZ, Ort	
Telefon / Handy		Krankenkasse	
Zahnarzt (Name, Ort, evtl. Tel.)		Hausarzt / Kinderarzt (Name, Ort, evtl. Tel.)	
E-Mail Adresse			

Wie sind Sie versichert? Gesetzlich Privat Beihilfe

Mutter des Patienten:

Nur bei Kindern und jugendlichen Patienten ausfüllen

Name, Vorname	Geburtsdatum
Straße, Hausnummer	
PLZ, Ort	
Telefon / Handy	
Arbeitgeber (freiwillige Angabe)	

Vater des Patienten:

Nur bei Kindern und jugendlichen Patienten ausfüllen

Name, Vorname	Geburtsdatum
Straße, Hausnummer	
PLZ, Ort	
Telefon / Handy	
Arbeitgeber (freiwillige Angabe)	

Hauptversicherter Patient Mutter Vater

Rechnungsadresse: Patient Mutter Vater

Angaben zur Rechnungsanschrift: (nur bei Abweichungen)

Name, Vorname	Geburtsdatum
Straße, Hausnummer	
PLZ, Ort	
Telefon / Handy	Arbeitgeber (freiwillige Angabe)

Nachfolgend bitten wir Sie einige Fragen zu beantworten:

- Wurde der Patient schon einmal geröntgt? ja nein
 - ✓ Wenn ja, war das innerhalb der letzten 12 Monate? ja nein
 - ✓ Wenn ja, Kopfbereich? ja nein
 - ✓ Liegt ein Röntgenpass vor? ja nein

- Bei Frauen: Besteht zurzeit eine Schwangerschaft? ja nein
 - ✓ Wenn ja, in welchem Monat? _____

- Hat andernorts bereits eine kieferorthopädischer Behandlung/Beratung stattgefunden? ja nein
 - ✓ Wenn ja, wo _____
 - ✓ seit wann _____

- Waren oder sind Geschwister in kieferorthopädischer Behandlung? ja nein

- Sind Zahn- oder Kieferfehlstellungen bei Verwandten aufgetreten?? ja nein

- Hat / hatte der Patient besondere Angewohnheiten (Daumenlutschen, Nägelkauen, o.ä.) ja nein
 - ✓ Wenn ja, welche? _____
 - ✓ Bis zu welchem Alter? _____

- Leidet oder litt der Patient an schwerwiegenden chronischen Krankheiten? ja nein
 - ✓ Wenn ja, welche? _____
 - ✓ Behandelnder Arzt? _____

- Leidet oder litt der Patient an schwerwiegenden Infektionskrankheiten (HIV, Hepatitis, Tuberculose etc.)? ja nein
 - ✓ Wenn ja, welche? _____
 - ✓ Behandelnder Arzt _____

- Lagen schon irgendwelche Mund- oder Kiefer-operationen bzw. Unfälle vor? ja nein
 - ✓ Wenn ja, wann _____,
 - ✓ weshalb _____

- Werden regelmäßig Medikamenten eingenommen? ja nein
 - ✓ Wenn ja, welche? _____

- Liegen Allergien vor? ja nein
 - ✓ Wenn ja, welche? _____
 - ✓ Besitzen Sie einen Allergiepass? ja nein

- Wird ein Blasinstrument gespielt (z.B. Trompete)? ja nein

- Wird eine Kontaktsportart wie Judo/Karate ausgeübt? ja nein

Wir arbeiten mit einem der modernsten EDV-Planungssysteme und möchten Ihnen so kurze Wartezeiten garantieren.

Wir weisen Sie aber darauf hin, dass Sie diesen Service nur dann perfekt nutzen können, wenn Sie die Termine einhalten, bzw. rechtzeitig vorher umbuchen.

Die Rechnungsstellung bei privatversicherten bzw. beihilfeberechtigten Patienten erfolgt nach der aktuell geltenden Gebührenordnung.

Ich weise Sie darauf hin, dass Ihre Versicherung bzw. Beihilfe je nach Ihrem Vertrag eventuell nicht den vollen Betrag erstattet. In diesem Fall tragen Sie den Differenzbetrag.


Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass im Rahmen der kieferorthopädischen Behandlung notwendige Röntgenuntersuchungen bei mir / bei meinem Kind gemacht werden. Der behandelnde Arzt informiert Sie selbstverständlich vor jeder Röntgenaufnahme.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und die Richtigkeit meiner Angaben. Bitte teilen Sie uns sofort Änderungen der obigen Angaben mit!

Hinweise zum Datenschutz entnehmen Sie bitte dem im Wartezimmer ausliegendem Schreiben.

_____ Datum  _____ Versicherter bzw. gesetzlicher Vertreter

Ich willige ein, dass die kieferorthopädische Praxis Maren Kischporski Befunde und Behandlungsdaten (z.B. vorhandene Röntgenbilder) bei weiteren Leistungserbringern (Zahnarzt/Hausarzt) einholt und in unserer Praxis erhobene Befunde mitbehandelnden Ärzten übermittelt.

_____ Datum  _____ Versicherter bzw. gesetzlicher Vertreter

Nach Durchsicht und Prüfung bestätige ich, dass die vorangegangenen Angaben heute noch aktuell sind.

_____ Datum _____ Versicherter bzw. gesetzlicher Vertreter

_____ Datum _____ Versicherter bzw. gesetzlicher Vertreter

_____ Datum _____ Versicherter bzw. gesetzlicher Vertreter

_____ Datum _____ Versicherter bzw. gesetzlicher Vertreter

_____ Datum _____ Versicherter bzw. gesetzlicher Vertreter