

## Herzlich Willkommen in unserer Praxis!

Um Ihnen eine optimale Behandlung anbieten zu können, füllen Sie diesen Fragebogen bitte sorgfältig aus. Ihre Daten unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und werden vollumfänglich vertraulich behandelt.

Bei Fragen helfen wir Ihnen sehr gerne weiter.

Vielen Dank, Ihr Dr. CD

## PERSÖNLICHE ANGABEN

weiblich  männlich

Name, Vorname

Geburtsdatum

Straße, PLZ, Ort

Telefon (privat)

Telefon (dienstl.)

Natel

E-Mail

Beruf

Name und Anschrift Ihres behandelnden Zahnarztes

### Krankenversicherung

Name Ihrer Krankenversicherung

Zahlungspflichtiger Name, Vorname (falls abweichend)

Zusatzversicherung für Kieferorthopädie  
(Tipp: Erfragen Sie bei Ihrem Sachbearbeiter die Prozentzahl)

Ergänzungsleistungen bei der IV

## ALLGEMEINE GESUNDHEITSANGABEN

### Leiden Sie an einer der folgenden Krankheiten?

Nein Ja Wenn ja, welche?

Herzkrankheiten

\_\_\_\_\_

Diabetes

\_\_\_\_\_

Erkältungskrankheiten

\_\_\_\_\_

Epilepsie

\_\_\_\_\_

Blutkrankheiten

\_\_\_\_\_

Allergien

\_\_\_\_\_

Hepatitis

\_\_\_\_\_

Infektionskrankheiten:

HIV

AIDS

### Sonstige Krankheiten und physische oder psychische Einschränkungen

- Nein Ja  
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?   Welche? \_\_\_\_\_  
Hatten Sie Unfälle mit Zahnbeteiligung?   Wann? \_\_\_\_\_  
Besteht bei Ihnen eine Schwangerschaft?   Welche Woche? \_\_\_\_\_

## KIEFERORTHOPÄDISCHE FRAGEN

- Nein Ja  
Knirschen Sie mit den Zähnen?    
Schnarchen Sie?    
Nein Ja Wenn ja, wo?  
Waren Sie bereits in kieferorthopädischer Behandlung?   \_\_\_\_\_  
Sind Sie aktuell in kieferorthopädischer Behandlung?   \_\_\_\_\_  
Wurden Sie schon kieferorthopädisch beraten?   \_\_\_\_\_  
Sind in der letzten Zeit Panorama-Röntgenaufnahmen angefertigt worden?   Region \_\_\_\_\_

### Was erwarten Sie von einer kieferorthopädischen Behandlung?

- gerade ausgerichtete Zähne  längere Lebensdauer der Zähne  besseres Kauvermögen  
 besseres Aussehen  besseres Sprechvermögen  Beseitigung von Schmerzen

### Was stört Sie an Ihrer Zahn- und Kieferstellung am meisten?

---

## SONSTIGES

### Erinnerungsservice

- Ich wünsche, an Termine per E-Mail oder SMS erinnert zu werden.

### Röntgeneinverständniserklärung

- Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass im Rahmen der kieferorthopädischen Behandlung die notwendigen Röntgenunterlagen von mir angefertigt werden.

### Nutzungsrechte

- Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass Fotos und Röntgenbilder, die von mir erstellt werden NUR im Rahmen von wissenschaftlichen Vorträgen/Publikationen veröffentlicht werden dürfen.

### Überwiesen/empfohlen von

- Zahnarzt  Patient – Name: \_\_\_\_\_  Familie/Freunde/Bekannte

### Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

- Schaufenster  Praxisschild  Internet  Branchenbuch local.ch  
 Sonstiges \_\_\_\_\_

Bitte teilen Sie uns Änderungen Ihrer Anschrift oder anderer Angaben umgehend mit!  
Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben.

---

Ort, Datum

(Unterschrift des Patienten = Zahlungspflichtigem)