



Herzlich Willkommen in unserer Praxis. Zunächst möchten wir Sie um einige persönliche Angaben bitten. Anschließend benötigen wir einige Auskünfte Ihres allgemeinen Gesundheitszustandes, um eine risikofreie Behandlung ermöglichen zu können. Ihre Angaben werden selbstverständlich vertraulich behandelt!

Patient

Name _____ Vorname _____ geb. am _____
 Straße _____ PLZ - Ort _____ Tel. / Fax _____
 Geburtsort _____ Email _____
(falls regelmäßig genutzt)

Versicherungsmitglied

Name _____ Vorname _____
 geb. am _____ Straße _____ PLZ - Ort _____
 Telefon Privat _____ Telefon geschäftl. _____ Mobil _____
 Email _____ Krankenkasse _____
(falls regelmäßig genutzt)

Abweichender Rechnungsempfänger

Name _____ Vorname _____
 Straße _____ PLZ - Ort _____ Tel. / Fax _____
 geb. am _____ Mobil _____ Email _____
(falls regelmäßig genutzt)

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? _____

Wer ist Ihr Zahnarzt? _____

Wer hat Sie / Ihr Kind auf die Zahnfehlstellung aufmerksam gemacht? _____

Waren Sie / Ihr Kind schon einmal in kieferorthopädischer Beratung? ja nein

Waren Sie / Ihr Kind schon einmal in kieferorthopädischer Behandlung? ja nein **Wenn ja**, wo? _____

Liegen allgemeine Krankheiten vor? (z.B. Asthma oder Gerinnungsstörungen) ja nein **Wenn ja**, welche? _____

Nehmen Sie / Ihr Kind zur Zeit Medikamente ein? ja nein **Wenn ja**, welche? _____

Bestehen Allergien? ja nein **Wenn ja**, welche? _____

Bestehen Herz- oder Kreislauferkrankungen? ja nein

Bestehen oder bestanden Infektionskrankheiten (Hepatitis A, B oder C, Tbc, HIV, etc.)? ja nein

Sind bei Ihnen / Ihrem Kind operative Eingriffe erfolgt (z.B. HNO, Rachenmandel, etc.)? ja nein

Hat Ihr Kind Angewohnheiten? (Lutschen , Lippenbeißen , - saugen) ja nein

Bestehen Kiefergelenksbeschwerden (Knacken, Schmerzen)? ja nein

Wurden Sie / Ihr Kind in den letzten 12 Monaten geröntgt? ja nein **Wenn ja**, welche Aufnahmen: _____

Besteht eine Schwangerschaft? ja nein

Haben Sie eine private Zusatzversicherung für Kieferorthopädie? ja nein

Hiermit erkläre ich mich grundsätzlich einverstanden, dass die im Rahmen der kieferorthopädischen Behandlung erforderlichen Röntgenuntersuchungen, nachdem ein Arzt die Notwendigkeit festgestellt hat, bei mir/meinem Kind angefertigt werden dürfen. Vor jeder Aufnahme informieren wir Sie noch einmal! Ich willige hiermit ein, dass die Praxis Dr. Windsheimer & Partner Befund- und Behandlungsdaten (z.B. Röntgenbilder) bei weiteren Behandlern (z.B. Zahnarzt/ Hausarzt) einholt und erhobene Befunde diesen Behandlern übermittelt.

Für die Richtigkeit der Angaben: _____ Datum _____ Unterschrift _____

Hiermit bestätige ich die Aktualität obiger Angaben: _____ Datum _____ Unterschrift _____