



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 \_\_\_\_\_