



Patient: _____

Name

Vorname

Geburtsdatum

Krankenkasse: _____ Privatversicherung: _____ Beihilfe: ja nein

Versicherter bei Minderjährigen: _____

Name

Vorname

Geburtsdatum

Straße

Postleitzahl / Ort

Beruf

Telefon (Mobil)

Telefon (Festnetz)

E-Mail

Zahnärztin/-arzt: _____

1. Liegt eine allgemeinmedizinische Erkrankung vor? (z.B. Herz/Herzklappen, Leber, Niere, Knochen, Kreislauf, Blutgerinnung, Diabetes, epileptiforme Anfälle, Asthma) ja nein
Wenn ja, welche: _____
2. Liegt eine Allergie vor? Wenn ja, welche?: _____ ja nein
3. Müssen regelmäßig Medikamente eingenommen werden? ja nein
Wenn ja, welche: _____
4. Liegt eine Infektionskrankheit vor? (z.B. Hepatitis, HIV, Covid19, Tuberkulose) ja nein
Wenn ja, welche: _____
5. War schon einmal eine Bluttransfusion erforderlich? ja nein
6. Wird aktuell eine ärztliche Behandlung durchgeführt? ja nein
Wenn ja, weshalb: _____
7. Nur für weibliche Patienten: Liegt zur Zeit eine Schwangerschaft vor? ja nein
8. Unfälle mit Beteiligung der Zähne und/oder des Kiefer-Gesichtsbereiches? ja nein
9. Wurden in letzter Zeit Röntgenaufnahmen von den Zähnen gemacht? ja nein
10. Erfolgte schon einmal eine kieferorthopädischer Beratung oder Behandlung? ja nein
Wenn ja, wo?: _____
11. Was stört Sie/Ihr Kind an den Zähnen?: _____
11. Liegen ähnliche Zahnfehlstellungen in der Familie vor?: _____

Ort / Datum / Unterschrift Patient / Unterschrift gesetzlicher Vertreter

Ich stimme hiermit der Speicherung meiner personenbezogenen Daten/ der personenbezogenen Daten meines Kindes für den Zweck der kieferorthopädischen Untersuchung / Behandlung durch die Praxis zu. Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit widerrufen kann. (Art. 7 Abs. 3 Satz 2 DSGVO).

Ort / Datum / Unterschrift Patient / Unterschrift gesetzlicher Vertreter

