

Herzlich Willkommen in unserer Praxis!

Um unsere Behandlung auf Ihre ganz speziellen Bedürfnisse einstellen zu können, benötigen wir von Ihnen einige persönliche Informationen. Bitte nehmen Sie sich ein paar Minuten Zeit, um den nachfolgenden Fragebogen gewissenhaft und vollständig zu beantworten. Selbstverständlich unterliegen alle Daten der ärztlichen Schweigepflicht. Vielen Dank für Ihre Mühe.

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Name und Vorname des Patienten	Geburtstag
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Straße/Nr.	PLZ/Ort
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Telefon privat	Telefon geschäftlich
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Mobil	E-Mail
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Beruf/derzeitige Tätigkeit	Arbeitgeber
<input type="text"/>	
Krankenversicherung	
<input type="checkbox"/> Ich bin als Familienangehöriger versichert	
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Anschrift	Geburtstag

Ich wurde überwiesen von Hauszahnarzt:

- persönliche Empfehlung
 Internet

Unsere Praxis wird nach dem Bestellsystem geführt um Ihnen längere Wartezeiten zu ersparen. Wir reservieren Ihnen bei entstehenden Behandlungen z. T. mehrere Stunden. Das bedeutet natürlich Leerlauf für uns, wenn Sie Ihre Termine nicht einhalten. Um Ihnen und uns Unannehmlichkeiten zu ersparen, bitten wir darum, alle Termine pünktlich einzuhalten und im Falle einer Verhinderung rechtzeitig (spätestens 24 Stunden vor dem Termin) abzusagen. Wir weisen darauf hin, dass wir Ihnen im Falle Ihres Nichterscheinens ohne rechtzeitige Absage den entstandenen Ausfall in Höhe von 80,- EUR pro halbe Stunde in Rechnung stellen.

bitte wenden

Fragen zum allgemeinen Gesundheitszustand:

Liegt eine Allgemeinerkrankung vor? Wenn ja welche?

ja nein

Leidet Ihr Kind/Leiden Sie an Allergien? Wenn ja welche?

ja nein

Ist Ihr Kind/Sind Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung? Wenn ja, warum?

ja nein

Nimmt ihr Kind/Nehmen Sie zur Zeit Medikamente ein? Wenn ja welche?

ja nein

Anlaß für eine kieferorthopädische Behandlung:

Wurde bereits eine kieferorthopädische Behandlung durchgeführt?

ja nein

Wenn Ja, wo?

Seit wann?

Waren oder sind Geschwister in kieferorthopädische Behandlung?

ja nein

Haben oder hatten die Eltern Zahn- oder Kieferfehlstellungen?

ja nein

Hat Ihr Kind gelutscht? (Schnuller, Daumen)

ja nein

Wenn Ja, wie lange?

Leidet Ihr Kind/Leiden Sie häufig an Erkältungskrankheiten?

ja nein

Besteht hauptsächlich Mundatmung?

ja nein

Wurden die Mandeln operiert?

ja nein

Wurden die Polypen operiert?

ja nein

Gab es Unfälle im Mund-Kiefer-Gesichtsbereich?

ja nein

Wenn Ja, wann?

Was?

Wurde während der letzten 12 Monate ein Röntgenbild gemacht?

ja nein

Wenn Ja, bei welchem Arzt / Zahnarzt?

Besteht zu Zeit eine Schwangerschaft?

ja nein

München, den

Unterschrift des Patienten bzw. des gesetzlichen Vertreters

Vielen Dank