

Gesundheitsfragebogen

Name : _____ Vorname : _____

Geburtsdatum : _____

Name der Eltern (bei Minderjährigen) : _____

Beruf : _____

Adresse : _____ PLZ, Ort : _____

E-Mail Adresse : _____ Tel.Nr. _____

Krankenkasse : ☐ gesetzlich versichert ☐ privat versichert ☐ Beihilfe ☐ Zahnzusatzversicherung

Zahnarzt : _____

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? ☐ Zahnarzt ☐ Bekannte ☐ Social Media

Gemäß Röntgenverordnung bitte folgende Fragen ankreuzen :

1. Wurde der Patient schon einmal geröntgt ? ☐ Ja ☐ Nein
2. Wenn ja, bei welchem Arzt, Zahnarzt, Krankenhaus ? _____
3. Besteht zurzeit eine Schwangerschaft ? ☐ Ja (SSW ____) ☐ Nein

Anamnese

War der Patient schon einmal in kieferorthopädischer Behandlung ? ☐ Ja ☐ Nein
wenn ja, wo und wann ? _____

Waren oder sind Geschwister/ Eltern in kieferorthopädischer Behandlung ? ☐ Ja ☐ Nein

Hat einer der Eltern eine Zahnfehlstellung ? ☐ Ja ☐ Nein

Hat der Patient Beschwerden beim Kauen ? ☐ Ja ☐ Nein

Spielt der Patient ein Blasinstrument? ☐ Ja ☐ Nein

Ist der Patient in ärztlichen Behandlung ? ☐ Ja ☐ Nein
wenn ja, wo? _____

Werden regelmäßig Medikamente eingenommen ? ☐ Ja ☐ Nein
wenn ja, welche ? _____

Bestehen irgendwelche schwerwiegenden Krankheiten? ☐ Ja ☐ Nein

wenn ja, welche : ☐ Diabetes ☐ Tuberkulose ☐ Asthma ☐ Epilepsie
☐ Herzprobleme ☐ HIV ☐ Hepatitis ☐ Blutungsneigung ☐ Allergie. sonstiges _____

Für Kinder / Jugendliche

- ☐ Schnuller
☐ Daumenlutschen
☐ Nägelkauen

Für alle

- ☐ Mundatmung
☐ Knirschen/ Pressen
☐ Schlafstörung/ Schnarchen

Die dokumentierten Patientenunterlagen werden in anonymisierter Form zu Fortbildungszwecken von Mitarbeitern/Kollegen verwendet. Ich erkläre mein Einverständnis mit der Behandlung in kollektiver Form (keine räumliche Trennung der Behandlungsstühle). Ich gebe mein Einverständnis zu Erinnerungsschreiben für Kontrolltermine (z.B. bei Überwachung des Zahnwechsels).

Datum _____ Unterschrift _____

- Bitte wenden -

Kieferorthopädie Erlangen



Dr. Sabbagh & Dr. Stampfl