



Praxis Süßenberger

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

bitte füllen Sie den Gesundheitsbogen vollständig aus. Die Angaben sind für eine vertrauensvolle Zusammenarbeit und eine sachgerechte medizinische Behandlung erforderlich. Ihre Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Zur Terminerinnerung, geben Sie bitte Ihre E-Mail Adresse an!

Name, Vorname:

Geb. Datum:

Straße:

PLZ/Ort:

Telefon/Mobilnummer:

E-Mail:

Zahnarzt:

Schule:

Krankenkasse: ☐ gesetzlich ☐ privat ☐ freiwillig

Beihilfe: ☐ ja ☐ nein

Krankenkasse:

Hauptversicherter:

Name, Vorname:

Geb. Datum:

☐ Ich bin einverstanden, dass Rechnungen per mail zugesandt werden.

Anamnese:

| | Ja | Nein |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|-----------------------|
| Wurde der Patient schon einmal geröntgt? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Wenn ja, wann und bei welchem Arzt? _____ | | |
| Besteht zur Zeit eine Schwangerschaft? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Wie lange liegt der letzte Zahnarztbesuch zurück? _____ | | |
| War der Patient schon einmal in kieferorthopädischer Behandlung/ Beratung? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Wenn ja, wo & wann? _____ | | |
| Beindet oder befand sich ein weiteres Familienmitglied in kieferorthopädischer Behandlung? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Hat oder hatte ein Elternteil Gebissunregelmäßigkeiten? | | |
| Falls ja, Vater oder Mutter? _____ | | |
| Hat der Patient Beschwerden beim Kauen? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Knirscht der Patient mit den Zähnen? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Hat der Patient häufiger Kopfschmerzen? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Ist der Patient z.Z. in ärztlicher Behandlung? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Wenn ja, weshalb & wo? _____ | | |
| Werden regelmäßig Medikamente eingenommen? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Wenn ja, welche? _____ | | |
| Bestehen irgendwelche Krankheiten/ Allergien? | | |
| Wenn ja, welche? _____ | | |
| Lagen schon irgendwelche Kopf- Gesichts-. Mund- oder Kieferoperationen bzw. Unfälle vor? | | |
| _____ | | |
| War / ist der Patient in Logopädischer Behandlung? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| War der Patient bereits bei einem Hals-Nasen-Ohren-Arzt? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Lagen Besonderheiten während Schwangerschaft / Geburt vor? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Schnuller, Nägelkauen, Lutschen, Sprachfehler? | | |
| Wenn ja, bis wann? _____ | | |

Ihre Behandlungsdaten werden in unserer Praxis elektronisch gespeichert, sie unterliegen den gesetzlichen Datenschutzbestimmungen (EU-Datenschutz-Grundverordnung DSGVO, Bundesdatenschutzgesetz BDSG).

Bitte bestätigen Sie uns den Erhalt der Information durch Ihre Unterschrift.

Ort/ Datum _____ **Unterschrift** _____