



Name des Patienten

Vorname

geb.:

Name des Versicherten

Vorname

geb.:

Anschrift des Versicherten (bzw. Patienten):

Straße

PLZ

Wohnort

Tel.: _____

Tel. Arbeit: _____

Email: _____

Versichert: gesetzlich

privat

Beihilfe

behandelnder Zahnarzt

überwiesen / empfohlen von

Sind Sie / waren Sie schon in einer kieferorthopädischen Behandlung? _____

Wenn ja, wo? _____

Im Laufe der Behandlung in der Praxis kann es notwendig werden, dass wir Sie kontaktieren müssen. Dies kann per Telefon (Festnetz/ Mobiltelefon, z.B. Nachricht auf Mailbox/Anrufbeantworter), per Post oder über eine E-mail erfolgen. Wenn Sie mit einem dieser Kommunikationswege nicht einverstanden sind, sprechen Sie uns bitte an.

Datum

Unterschrift



GESUNDHEITSFRAGEBOGEN:

Name:

Wandsbeker Allee 72

22041 Hamburg

Vorname:

Dieser Fragebogen unterliegt der ärztlichen Schweigepflicht. Wir möchten Sie bitten, den Fragebogen vollständig auszufüllen. Falls Sie einzelne Fragen nicht beantworten können oder wollen, besprechen Sie dies bitte vor Untersuchungs- bzw. Behandlungsbeginn.

1. Haben Sie jemals einen Unfall mit Verletzung im Gesichts- oder Kieferbereich oder der Zähne gehabt? Ja Nein
2. Werden Sie zur Zeit ärztlich behandelt? Ja Nein
3. Nehmen Sie zur Zeit oder haben Sie innerhalb der letzten 6 Monate Medikamente genommen (verschreibungs- oder nicht verschreibungspflichtig)?
Wenn ja, welche? _____ Ja Nein
4. Sind Sie allergisch gegen bestimmte Medikamente oder Stoffe (z.B.: Nickel, Pollen o. ä.) ? Ja Nein
5. Nehmen Sie regelmäßig Drogen ein? Ja Nein
6. Rauchen Sie? Pro Tag _____ Ja Nein
7. Sind Sie jemals ernsthaft krank gewesen oder hatten einen chirurgischen Eingriff ? Ja Nein
8. Hat man Sie schon einmal wegen Krebs oder Tumor behandelt? Ja Nein
9. Sind Sie schwanger ? Ja Nein
10. Haben Sie zur Zeit Röteln, Mumps, Masern, Scharlach ? Ja Nein
11. Haben oder hatten Sie eine der folgenden Erkrankungen?
 - Herz (z.B.: Herzmuskelentzündung) Ja Nein
 - Kreislauf (z.B.: Bluthochdruck, Durchblutungsstörungen, Schlaganfall) Ja Nein
 - Atemwege / Lunge (z.B.: Asthma, Bronchitis) Ja Nein
 - Bewegungsapparat (z.B.: Rheuma) Ja Nein
 - Zentralnervensystem (z.B.: epileptische Anfälle) Ja Nein
 - Vegetatives Nervensystem (z.B.: Kopfschmerzen, Migräne) Ja Nein
 - Stoffwechsel (z.B.: Zuckerkrankheit, Gicht) Ja Nein
 - Schilddrüse (z.B.: Über- bzw. Unterfunktion) Ja Nein
 - Erkrankung des blutbildenden Systems (z.B.: Blutarmut / Bluter / Eisenmangel) Ja Nein
 - Tuberkulose Ja Nein
 - Hepatitis Ja Nein
 - HIV (Aids) Ja Nein
 - MRSA Ja Nein
 - andere hier nicht aufgeführte Erkrankungen. Wenn ja, welche: _____ Ja Nein

Bitte teilen Sie uns Änderungen Ihres Gesundheitszustandes sofort mit!

Hamburg, den: _____

Unterschrift des Patienten: