

# Fragebogen zur Neuaufnahme von Patienten

**Patientendaten:** Name ..... Vorname: .....

Geburtsdatum .....

**Versicherung:** Krankenkasse .....  gesetzlich  privat

ggf. Zusatzversicherung .....

**Versicherte(r):** Name ..... Vorname .....

Geburtsdatum .....

Adresse .....

**Telefon:** ..... **E-Mail:** .....

**Ihr überweisender Zahnarzt (oder Kinderarzt):** .....

**Krankheiten oder Allergien?**  Nein  Ja: .....

**Wurden Polypen (Adenoide) oder Mandeln (Tonsillen) entfernt?**  Nein  Ja: .....

**Atmungsbesonderheiten (Schnarchen, Atmung durch den Mund)?**  Nein  Ja: .....

**Ungünstige Gewohnheiten (Lutschen, Nägelkauen, Zähneknirschen)?**  Nein  Ja: .....

**Kieferorthopädische Behandlung oder Untersuchung früher oder jetzt?**  Nein  Ja: .....

**Gibt es Röntgenaufnahmen?**  Nein  Ja **Röntgenpass?**  Nein  Ja

Bei Patientinnen über ca. 16 Jahren: **Schwangerschaft?**  Nein  Ja

Ich bin mit der Anfertigung der im Rahmen der kieferorthopädischen Behandlungsplanung und -durchführung eventuell notwendig werdenden Röntgenaufnahmen und Abdrücken bzw. Modellen einverstanden. Falls die Krankenkasse diese Behandlungsmaßnahmen nicht übernimmt, werde ich diese Kosten selbst tragen. Ich verpflichte mich, eintretende Änderungen (Gesundheitszustand, Schwangerschaft, Krankenkassen- und Wohnsitzwechsel etc.) unverzüglich mitzuteilen. Mit der Verwendung meiner Daten für Abrechnungszwecke oder zur Kommunikation mit mitbehandelnden Ärzten bin ich einverstanden. Sollte meine minderjährige Tochter bzw. mein minderjähriger Sohn die Praxis zu Kontrolluntersuchungen alleine aufsuchen, bin ich mit medizinisch erforderlichen Behandlungsmaßnahmen, Bogenwechsel etc., ggf. auch Röntgendiagnostik einverstanden.

Tübingen, den ..... Unterschrift Versicherte(r)/Patient: .....