

Erfassungsbogen Neupatient Praxis Dr. med. dent . Julia Lenatz

Name, Vorname des Patienten geb. Datum

Straße, Nr., PLZ, Ort Handynr. Und/oder Telefon E-Mail

Name, Vorname des Versicherten (Bei Minderjährigen, Zahlungspflichtiger Erwachsener) Geb. Datum

Rechnungsadresse (falls nicht identisch) Handynr. Und/oder Telefon E-Mail

Beruf Arbeitgeber Telefon

Krankenkasse Geschäftsstelle

Wie sind Sie versichert? Freiwillig Pflicht Privat Beihilfe privat Zusatzversichert

Hauszahnarzt: _____ Wird regelmäßig ein Zahnputzprogramm durchgeführt? _____

Kinder/ Hausarzt: _____

Wie sind Sie auf uns Aufmerksam geworden? Telefonbuch Internet Empfehlung durch wen? _____

- | | Ja | nein |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. Wurde der Patient schon einmal kieferorthopädisch behandelt?
wenn ja, wo _____ seit wann _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Waren oder sind Geschwister in kieferorthopädischer Behandlung?
wenn Ja wo? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Hat eines der Elternteile eine Zahnfehlstellung? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Hat der Patient als Kleinkind gelutscht, wenn ja wie lange? _____
<input type="checkbox"/> Daumen <input type="checkbox"/> Finger <input type="checkbox"/> Schnuller <input type="checkbox"/> sonstiges _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Hat der Patient eine der folgenden schädlichen Angewohnheiten/Beschwerden?
<input type="checkbox"/> Nägelkauen <input type="checkbox"/> Bleistiftkauen <input type="checkbox"/> Lippenbeißen <input type="checkbox"/> Kiefergelenk-Schmerzen
<input type="checkbox"/> Kiefergelenk-Knacken <input type="checkbox"/> Knirschen <input type="checkbox"/> Sprachstörung <input type="checkbox"/> Sonstiges _____
Wurde diesbezüglich eine Behandlung durchgeführt? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Hat der Patient häufig Erkältungskrankheiten? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Besteht hauptsächlich Mundatmung? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Wurden die Mandel schon operiert? (Tonsillektomie)
Wenn Ja wann? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Wie lange liegt der letzte Zahnarztbesuch zurück? _____ Monate | | |
| 10. Lagen schon irgendwelche Mund –oder Kieferoperationen bzw. Unfälle vor?
Wenn ja, wann _____ was _____ mit Zahnverletzung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Bestehen irgendwelche schwerwiegenden Krankheiten?
<input type="checkbox"/> Rachitis <input type="checkbox"/> Tuberkulose <input type="checkbox"/> Asthma <input type="checkbox"/> Blutkrankheit <input type="checkbox"/> Down-Syndrom
<input type="checkbox"/> Allergie <input type="checkbox"/> Aids <input type="checkbox"/> Hepatitis <input type="checkbox"/> Herzfehler <input type="checkbox"/> Gaumenspalte
<input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Heuschnupfen <input type="checkbox"/> Epilepsie <input type="checkbox"/> Sonstige _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Ist der Patient zurzeit in ärztlicher, heilpraktischer, logopädischer oder physiotherapeutischer Behandlung?
Wenn ja, weshalb? _____
Bei welchem Behandler? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. Werden regelmäßig Medikamente eingenommen?
Wenn ja, welche _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. Sind Sie an alternativen ganzheitlichen Heilmethoden interessiert? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17. Welche Hobbys hat der Patient? (Sportart, Musikinstrument, usw.) _____ | | |
| 18. Was stört Sie bzw. Dich an den Zähnen? _____ | | |

Für Langzeitermine ab einer Stunde Dauer, die nicht 24 Stunden vorher abgesagt wurden, müssen wir Ihnen den Praxisausfall mit 50,-€ je angefangene halbe Stunde in Rechnung stellen.

Ort, Datum

Unterschrift