



PETER BAUCKLOH  
KIEFERORTHOPÄDISCHE FACHZAHNARZTPRAXIS

## Patientenfragebogen

Herzlich willkommen in unserer Praxis. Wir möchten uns in Ruhe mit Ihnen und Ihrem Kind über Ihre kieferorthopädischen Wünsche unterhalten und Sie gerne umfassend beraten. Dazu benötigen wir neben Ihren Personalien, Auskünfte über den allgemeinen Gesundheitszustand. Ihre Angaben werden selbstverständlich streng vertraulich behandelt. Sie unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht gemäß § 203 des StGB sowie den strengen Bedingungen des Datenschutzes.

### PATIENT

Name: \_\_\_\_\_ Telefonnummer: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_

Straße, Nr.: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_ Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Geb. Datum: \_\_\_\_\_ Geb. Ort: \_\_\_\_\_

### VERSICHERTER

Name: \_\_\_\_\_ Vorname/Ehegatten: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_ Geb. Datum: \_\_\_\_\_

Geb. Datum: \_\_\_\_\_ Arbeitgeber: \_\_\_\_\_

Arbeitgeber: \_\_\_\_\_ Beruf: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_

Zahnarzt: \_\_\_\_\_

### VERSICHERUNGSART:

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> gesetzlich versichert | <input type="checkbox"/> Basistarif einer privaten Versicherung  |
| <input type="checkbox"/> freiwillig versichert | <input type="checkbox"/> Zusatzversicherung für Kieferorthopädie |
| <input type="checkbox"/> privat vollversichert | <input type="checkbox"/> Beihilfe                                |

Besteht eine Abtretungserklärung bei Ihrer Privatversicherung? ja ( ) nein ( )

### WIE SIND SIE AUF UNSERE PRAXIS AUFMERKSAM GEWORDEN?

Empfehlung von ( ) Bekannte /Verwandte: \_\_\_\_\_

Empfehlung von ( ) Arzt / Zahnarzt \_\_\_\_\_

Internet : ( ) Google Arzt-oder Gesundheitsportal, welche? \_\_\_\_\_

### ALLGEMEINE GESUNDHEITSFragen

Bestehen allgemeinmedizinische Erkrankungen (Herz, Leber, Niere, Blutgerinnungsstörungen, Asthma, Zuckerkrankheiten),

oder Infektionskrankheiten (Hepatitis, Aids)? ( ) ja ( ) nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente? ( ) ja ( ) nein

Welche und wozu? \_\_\_\_\_

Bestehen Allergien oder Unverträglichkeiten? ( ) ja ( ) nein

Welche? \_\_\_\_\_

**Kieferorthopädische Fachzahnarztpraxis Peter Bauckloh**  
**Rechener Straße 12 - 44787 Bochum**  
**Telefon: 0234-680105 / Telefax: 0234-684729**  
**E-Mail: info@kieferorthopaedie-bochum.de**

## FRAGEN ZUR RÖNTGENUNTERSUCHUNG

Wurde Ihr Kind innerhalb der letzten 12 Monate im Kopf-/ Kieferbereich geröntgt? ( ) ja ( ) nein  
Bei Mädchen: Besteht derzeit eine Schwangerschaft? ( ) ja ( ) nein

## FRAGEN AUS KIEFERORTHOPÄDISCHEN GRÜNDEN

Wurde schon einmal kieferorthopädisch behandelt? ( ) ja ( ) nein  
Bei welchem Arzt? \_\_\_\_\_  
Wurde die Behandlung abgebrochen? ( ) ja ( ) nein  
Bestehen Kiefergelenksbeschwerden oder -knacken? ( ) ja ( ) nein  
Bestehen häufig Kopfschmerzen? ( ) ja ( ) nein  
Bestehen häufig Schmerzen im Gesichtsbereich oder beim Kauen?  
Welche? \_\_\_\_\_  
Besteht oder bestand Zähneknirschen oder Zähnepressen? ( ) ja ( ) nein  
Bis wann? \_\_\_\_\_  
Gab es Unfälle mit Beteiligung der Zähne oder des Kiefers? ( ) ja ( ) nein  
Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_  
Besteht Mundatmung, häufige Erkältung oder Schnarchen? ( ) ja ( ) nein  
Was? \_\_\_\_\_  
War Ihr Kind bereits in Behandlung bei einem Hals-Nasen-Ohren-Arzt? ( ) ja ( ) nein  
Wenn ja, was wurde gemacht \_\_\_\_\_  
( ) Mandeln wurden entfernt (...) Polypen wurden entfernt  
Bestand oder besteht Zungenpressen, Lippenbeißen, Nägelkauen, Bleistiftkauen? ( ) ja ( ) nein  
Bis wann? \_\_\_\_\_  
Waren oder sind Geschwister in kieferorthopädischer Behandlung? ( ) ja ( ) nein  
Bei welchen Arzt? \_\_\_\_\_  
Liegen ähnliche Fehlstellungen in der Familie vor? ( ) ja ( ) nein  
Welche und bei wem? \_\_\_\_\_  
Gibt es Nichtanlagen von Zähnen in der Familie? ( ) ja ( ) nein  
Welche und bei wem? \_\_\_\_\_  
Wann kamen die ersten Milchzähne? Vor dem 6. Monat ( ), nach dem 8. Monat ( ) Besteht  
ein Sprachfehler (z.B. Lispeln) oder wurde bereits eine logopädische  
Behandlung durchgeführt? ( ) ja ( ) nein  
Wenn ja, wann? \_\_\_\_\_  
Bestand oder bestehen Daumenlutschen, Nägelkauen oder wurde / wird noch  
ein Schnuller genommen? ( ) ja ( ) nein  
Wenn ja, bis wann? \_\_\_\_\_  
Ist oder war Ihr Kind in psychotherapeutischer Behandlung? ( ) ja ( ) nein

## MUNDHYGIENE

Wie oft putzt Ihr Kind die Zähne? \_\_\_\_\_ mal täglich.  
Geht Ihr Kind zu regelmäßigen Kontrollen zum Zahnarzt? ( ) ja ( ) nein  
Geht Ihr Kind regelmäßig zur professionellen Zahnreinigung? ( ) ja ( ) nein

Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten bzw. die Daten des Patienten per EDV gespeichert werden.  
Im Falle einer Praxis-Übergabe oder im Falle der Beschäftigung eines Vertreters bin ich damit  
einverstanden, dass die Karteikarte mit den persönlichen Daten auf den Nachfolger bzw. Praxisvertreter  
übergeben wird. ( ) ja.