

Marktstraße 13-17  
73207 Plochingen  
Tel.: +49 (0)7153 925 690  
www.praxis-juliahantes.de  
plochingen@praxis-julia-hantes.de

Herzlich Willkommen in unserer Praxis!

Liebe Patientin, lieber Patient!

Um Sie individuell und ausführlich beraten zu können, bitten wir Sie, diesen Fragebogen gewissenhaft auszufüllen.  
Vielen Dank!

Ihr Praxisteam Julia Hantes

### Persönliches

|               |              |
|---------------|--------------|
| Name, Vorname | Geburtsdatum |
| Straße        | PLZ/Ort      |
| Telefon       | Mobil        |
| E-Mail        | Beruf        |

Sind Patient und Mitglied nicht identisch, ergänzen Sie bitte die Daten des Versicherungsnehmers.

|                                |              |
|--------------------------------|--------------|
| Name, Vorname des Versicherten | Geburtsdatum |
| Straße                         | PLZ/Ort      |

### Versicherung

Krankenkasse

Zusatzversicherung: ja  nein       Beihilfe: ja  nein

Zahnarzt

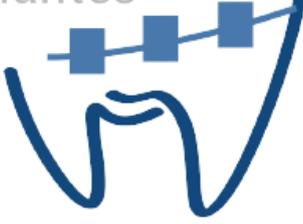
Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?

Bitte wenden!



Julia Hantes





### Allgemeiner Gesundheitsstatus

- |                          |    |                       |      |                       |
|--------------------------|----|-----------------------|------|-----------------------|
| Diabetes                 | Ja | <input type="radio"/> | Nein | <input type="radio"/> |
| Rheumatische Krankheiten | Ja | <input type="radio"/> | Nein | <input type="radio"/> |
| Blutgerinnungsstörung    | Ja | <input type="radio"/> | Nein | <input type="radio"/> |
| Asthma                   | Ja | <input type="radio"/> | Nein | <input type="radio"/> |
| Haben Sie Allergien?     | Ja | <input type="radio"/> | Nein | <input type="radio"/> |

Wenn ja, welche:

---

### Infektionskrankheiten:

- |  |    |                       |      |                       |
|--|----|-----------------------|------|-----------------------|
| HIV  | Ja | <input type="radio"/> | Nein | <input type="radio"/> |
| Hepatitis                                      | Ja | <input type="radio"/> | Nein | <input type="radio"/> |
| Tuberkulose                                    | Ja | <input type="radio"/> | Nein | <input type="radio"/> |
| Creutzfeldt-Jacob-Krankheit<br>(CJK oder vCJK) | Ja | <input type="radio"/> | Nein | <input type="radio"/> |

Sonstige Erkrankungen?

---

- |                             |    |                       |      |                       |
|-----------------------------|----|-----------------------|------|-----------------------|
| Nehmen Sie Medikamente ein? | Ja | <input type="radio"/> | Nein | <input type="radio"/> |
|-----------------------------|----|-----------------------|------|-----------------------|

Wenn ja, welche:

---

- |                     |    |                       |      |                       |
|---------------------|----|-----------------------|------|-----------------------|
| Sind Sie schwanger? | Ja | <input type="radio"/> | Nein | <input type="radio"/> |
|---------------------|----|-----------------------|------|-----------------------|

### Mundgesundheitsstatus

Habits (schlechte Angewohnheiten)

- |   |                                       |   |                                  |
|---|---------------------------------------|---|----------------------------------|
| <input type="radio"/> Lippen beißen     | <input type="radio"/> Schnuller       | <input type="radio"/> Nägel kauen             | <input type="radio"/> Mundatmung |
| <input type="radio"/> Knirschen/Pressen | <input type="radio"/> Daumen lutschen | <input type="radio"/> Logopädische Behandlung |                                  |

### Ihr heutiger Termin:

- |   |   |                                      |
|---|---|--------------------------------------|
| <input type="radio"/> Vorsorgeuntersuchung    | <input type="radio"/> Beratung                                | <input type="radio"/> Zweite Meinung |
| <input type="radio"/> Überwiesen vom Zahnarzt | <input type="radio"/> Schmerzbehandlung/Kiefergelenkschmerzen |                                      |

Wurde in den letzten 6 Monaten ein Röntgenbild von Ihnen gemacht? Ja  Nein

Wurde früher schon einmal eine kieferorthopädische Behandlung durchgeführt? Ja  Nein

Wann/Wo:

---

### Erklärung zur Röntgenverordnung und zu Röntgenaufnahme

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass bei mir/meinem Kind für die kieferorthopädische Beratung und Behandlung notwendigen Röntgenaufnahme gemacht werden dürfen und dass ich alle Fragen wahrheitsgemäß beantwortet habe.

Ort, Datum

Unterschrift

Bitte informieren Sie uns, wenn sich während der Behandlung Änderungen zur Anamnese ergeben.

