



## Gesundheitsbogen

Vielen Dank, dass Sie sich zur Behandlung in unserer Praxis entschieden haben. Um den Organisationsablauf so reibungslos wie möglich für Sie jetzt und in Zukunft gestalten zu können, bitten wir Sie um Beantwortung einiger Fragen:

### Patientenangaben:

Name:

Geburtsdatum:

---

Adresse:

---

Telefon:

---

Email:

---

Krankenkasse:

---

Ich möchte Rechnungen per E-Mail erhalten.

### Hauptversicherter (gilt nur für Familienversicherte):

Name:

Geburtsdatum:

---

Adresse (wenn abweichend von oben):

---

Beruf:

---

### Überweisende Zahnärzte o. Ärzte & Befundübermittlung:

Zahnarzt:

Adresse:

---

---

Hiermit erkläre ich mich damit einverstanden, dass dem o. g. Hauszahnarzt oder Arzt Befunde übermittelt werden.

Hiermit erkläre ich mich damit einverstanden, dass vor- und weiterbehandelnden Zahnärzten oder Ärzten Befunde übermittelt werden.

Hiermit erkläre ich mich damit einverstanden, dass meine personenbezogenen Daten an mit der Praxis kooperierende Labore übermittelt werden.



### Schweigepflichtentbindung:

Die Praxis Dr. Weißenberg & Zimmer wird gegenüber folgenden Personen, z. B. Angehörige (Großeltern o.ä.) oder gesetzlichen Betreuer (bitte Name und Adresse angeben) von der Schweigepflicht entbunden (auch für die Abholung von Rezepten)

Name:

Adresse:

---

### Röntgen:

Befragung gem. § 28/1 RöV:

Wann wurden die letzten Röntgenaufnahmen der Zähne und Kiefer gemacht?

---

Besteht eine Schwangerschaft? Ja  Nein

Besitzen Sie einen Röntgenpaß: Ja  Nein

### Haben oder hatten Sie oder Ihr Kind eine der folgenden Erkrankungen?

Asthma  nein  ja Tuberkulose  nein  ja

Diabetes  nein  ja Herzerkrankung  nein  ja

Hepatitis  nein  ja Schilddrüsenfehlfunktion  nein  ja

HIV  nein  ja Osteoporose  nein  ja

COVID-19  nein  ja ADHS / ADS  nein  ja

Allergie  nein  ja, welche? \_\_\_\_\_

### Nehmen Sie oder Ihr Kind Medikamente?

nein  ja, welche? \_\_\_\_\_

### Bestehen sonstige Krankheiten oder Behinderungen?

nein  ja, welche? \_\_\_\_\_

### Atmen Sie oder Ihr Kind hauptsächlich durch den Mund?

nein  ja



**Haben Sie oder Ihr Kind einen Sturz oder Unfall erlitten, bei dem das Gesicht mitbetroffen war?**

nein     ja, wann? .....

**Haben Sie oder Ihr Kind am Finger oder Daumen gelutscht?**

nein     ja, wie lange? .....

**Hat jemand in der Familie eine ähnliche Zahn- oder Kieferstellung wie Ihr Kind?**

nein     ja, wer? .....

**Wurde an anderer Stelle schon eine kieferorthopädische Behandlung begonnen oder durchgeführt?**

nein     ja, wann und wo?

.....

**Wurde unsere Praxis empfohlen?**

nein     ja, durch wen? .....

Ich verpflichte mich, eintretende Änderungen während der gesamten Behandlungsdauer dem Zahnarzt mitzuteilen. Die oben gemachten Einwilligungen kann ich jederzeit, mit Wirkung für die Zukunft, widerrufen.

Über die Datenverarbeitung und meine Rechte wurde ich über den Aushang im Wartezimmer und bei Bedarf über Handzettel oder die Webseite ([kfo-augsburg.de](http://kfo-augsburg.de)) informiert.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit  
Ihr Praxisteam

---

Ort, Datum

---

Unterschrift PatientIn bzw. gesetzlicher Vertreter