



dr. sabine blumenröhr  
kieferorthopädin

ästhetische und funktionelle  
zahn- und kieferregulierung  
für kinder und erwachsene

kerschensteinerstraße 1  
82362 weilheim i. obb.  
telefon 08 81.67 45  
telefax 08 81.6 97 70  
www.blumenroehr.de  
kfo@blumenroehr.de

## Herzlich willkommen in unserer Praxis

Wir freuen uns, dass Sie uns Ihre Zahngesundheit anvertrauen.

Im Interesse Ihrer Behandlung bitten wir Sie, diesen Behandlungsbogen vollständig auszufüllen.

Bei auftretenden Fragen helfen wir Ihnen gerne. Sämtliche Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Bitte teilen Sie uns Änderungen der Anschrift und des Gesundheitszustandes **umgehend** mit!

Die mit „\*“ markierten persönlichen Angaben sind freiwillig.

### Patienteninformationen:

Nachname des Patienten
Vorname
Geburtsdatum
Strasse, Wohnort
Telefon (*), Mobiltelefon (*)
Krankenkasse / Krankenversicherung
Zahnarzt

### Weiterführende Informationen (\*):

Überwiesen durch		
Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?		
Ein schriftlicher Befundbericht an den behandelnden Hauszahnarzt ist erwünscht	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>

### Versicherteninformationen:

Nachname des Versicherten
Vorname
Geburtsdatum
Strasse, Wohnort (falls abweichend vom Patienten)
Telefon privat (*) (falls abweichend vom Patienten)
Mobiltelefon (*)
Beruf / Arbeitgeber (*)

### Versicherungsstatus:

<input type="radio"/> Privat versichert	<input type="checkbox"/> Vollversichert	<input type="radio"/> Gesetzlich versichert	<input type="checkbox"/> pflichtversichert
	<input type="checkbox"/> Beihilfe		<input type="checkbox"/> mit priv. Zusatzversicherung
	<input type="checkbox"/> Basistarif		<input type="checkbox"/> freiwillig versichert

(\*) freiwillige Angabe

# Gesundheitsfragebogen

1. Wie lange liegt der letzte Zahnarztbesuch zurück? \_\_\_\_\_
2. Sind Sie regelmäßig zur Professionelle Zahnreinigung (PZR) bei Ihrem Hauszahnarzt? Ja  Nein
3. Sind Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung? Werden regelmäßig Medikamente eingenommen? Ja  Nein   
Wenn ja, weshalb? \_\_\_\_\_ welche ? \_\_\_\_\_  
Name des behandelnden Arztes \_\_\_\_\_
4. Bestehen irgendwelche schwerwiegenden Krankheiten? Ja  Nein   
(Rachitis, Diabetes, Tuberkulose, Asthma, Epilepsie, Rheuma, Herzfehler, HIV-positiv, sonstige Krankheiten)  
Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_
5. Wurden Hals-Nasen-Ohrenärztliche Operationen durchgeführt? Ja  Nein   
(Gaumenmandeln – Tonsillektomie, Rachenmandeln – Polypen, Parazentese – Röhrrchen im Trommelfell, Nasenscheidewandbegradigung)  
Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_
6. Leiden Sie an Allergien? Ja  Nein   
(Heuschnupfen, Unverträglichkeit gegen Nahrungsmittel oder Materialien, Unverträglichkeit von Medikamenten)  
Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_  
Haben Sie einen Allergiepass? Ja  Nein
7. Haben Sie häufig Erkältungskrankheiten? Ja  Nein   
(Schnupfen, Angina, Bronchitis)  
Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_
8. Besteht hauptsächlich Mundatmung? Ja  Nein
9. Hatten Sie einen Unfall mit Folgen für den Kopf-Hals-Bereich? Ja  Nein   
Wenn ja, wann? \_\_\_\_\_  
Wenn ja, mit Zahnverletzung, Zahnverlust oder Kieferbruch? \_\_\_\_\_
10. Haben Sie Beschwerden beim Kauen? Ja  Nein   
Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_
11. Treten bei Ihnen Schmerzen im Kopf- oder Nackenbereich wiederkehrend oder zeitweise auf ? Ja  Nein   
Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_
12. Sind Ihnen Angewohnheiten, die die Kaumuskulatur, die Gesichtsmuskulatur oder die Nackenmuskulatur betreffen, aufgefallen? Ja  Nein   
(z.B. Zungenpressen, Lippeneinsaugen, etc.) \_\_\_\_\_

13. Wurde bereits eine krankengymnastische / physiotherapeutische / osteopathische Behandlung durchgeführt? Ja  Nein   
 Wenn ja, warum? \_\_\_\_\_
14. Gibt es Besonderheiten beim Sprechen? (z.B. Lispeln) Ja  Nein   
 Wurde deswegen schon eine logopädische Behandlung durchgeführt?
15. Waren Sie schon einmal in kieferorthopädischer Behandlung? Ja  Nein   
 Vorbehandler: \_\_\_\_\_ Wann? \_\_\_\_\_
16. Möchten Sie Ihr Anliegen kurz in eigenen Worten schildern:

---

**Gemäß der Röntgenordnung bitten wir Sie, folgende Fragen zu beantworten:**

1. Ist bereits eine kieferorthopädische Beratung erfolgt? Ja  Nein   
 Wurden Röntgenbilder oder Modelle angefertigt? Ja  Nein
2. Wurden Sie schon einmal im Zahn-Mund-Kieferbereich geröntgt? Ja  Nein
3. Wenn ja, war das innerhalb der letzten 12 Monate? Ja  Nein
4. Wenn ja, bei welchem Arzt, Zahnarzt, Krankenhaus? \_\_\_\_\_
5. **Bei weiblichen Patientinnen:** Besteht zurzeit eine Schwangerschaft? Ja  Nein

In unserer Praxis werden personenbezogene Daten verarbeitet. Verantwortlich für die Datenerhebung ist die Praxisinhaberin Frau Dr. Sabine Blumenröhr.  
 Die Datenschutzrichtlinien entsprechend der **DSGVO** und liegen in der Praxis aus. Bei Fragen wenden Sie sich bitte an unsere Anmeldung. **Gemäß der DSGVO bitten wir um Ihr Einverständnis:**

Während der laufenden Behandlung ist es notwendig, mit Ihrem Hauszahnarzt, Hausarzt, Logopäden, Therapeuten, etc. Befundberichte / Therapieplanungen und / oder Röntgenbilder, auch per email, auszutauschen. Bitte informieren Sie uns, wenn Sie dies **aus Datenschutzgründen** nicht wünschen.

Die kieferorthopädischen Behandlungen von Kindern, Jugendlichen und in Ausnahmefällen auch von Erwachsenen kann in unserem großen Behandlungszimmer mit zwei Behandlungsstühlen stattfinden. Sollten Sie dies nicht wünschen, sprechen Sie uns bitte vorher an.

Wir führen eine **Bestellpraxis** mit Terminen nach Vereinbarung, um Ihnen längere Wartezeiten zu ersparen. Deshalb bitten wir Sie, vereinbarte Termine mindestens 24 Stunden vorher abzusagen, falls Sie verhindert sind. Ansonsten sind wir berechtigt, Ihnen den nicht eingehaltenen Termin in Rechnung zu stellen (§§304, 615 BGB).

Bedenken Sie bitte, dass Patienten, die uns mit unvorhergesehenen Reparaturen aufsuchen, in das Bestellsystem eingebunden werden müssen – dadurch kann es manchmal zu Zeitverzögerungen kommen. Wir bitten um Ihr Verständnis!

Bitte informieren Sie uns unverzüglich, wenn sich **Änderungen zum Gesundheitsfragebogen** ergeben haben. Lassen Sie sich von uns diesen Bogen wieder vorlegen, wenn Sie die Fragen bei einer späteren Behandlung nicht mehr vollständig in Erinnerung haben.

---

Datum \_\_\_\_\_

---

Unterschrift des Patienten \_\_\_\_\_