



Dotzheimer Str 164
65197 Wiesbaden
Telefon: 0611/304137
Fax: 0611/1747550

Anmeldung zur kieferorthopädischen Beratung

Sehr geehrte(r) Dame(n) Herr(e),

schon wieder so ein Fragebogen, werden Sie denken.

Wir benötigen Ihre Angaben, um Sie individuell und sicher behandeln zu können. Das genaue Ausfüllen gibt Ihnen die bestmögliche Sicherheit, da Krankheiten aller Art Auswirkungen auf die Behandlung haben können.

Selbstverständlich unterliegen Ihre Angaben der ärztlichen Schweigepflicht und dem Datenschutz.

Haben Sie Fragen oder gibt es Unklarheiten beim Ausfüllen, helfen wir Ihnen gern weiter.

Personalien

Á

Á

Nachname des Patienten		Nachname des Versicherten	
Á		Á	
Vorname des Patienten	Geburtsdatum	Vorname des Versicherten	Geburtsdatum
Straße, Hausnummer		Arbeitgeber	
PLZ, Ort	Vorname des Ehegatten		Geburtsdatum
Telefon	eMail		
Hauszahnarzt	Geschwister des Patienten in Behandlung		
Krankenkasse	Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?		
Überweisender Zahnarzt	Sonstiges		
Hausarzt			

Gesundheitsfragen

	JA	NEIN
Haben Sie zu hohen oder niedrigen Blutdruck?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie eine Herz- und Gefäßerkrankung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tragen Sie einen Herzschrittmacher?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie an einer der nachstehend aufgeführten Erkrankung?		
Asthma/Lungenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzfehler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anfallsleiden (Epilepsie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tuberkulose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bluterkrankung/Blutungsneigung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leberleiden (Gelbsucht/Hepatitis)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rheuma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Gelbsucht

Nierenerkrankung

Zuckerkrankheit

Bitte informieren Sie uns auch über hier nicht aufgeführte Erkrankungen.

Regieren Sie überempfindlich auf bestimmte Substanzen oder Arzneien?

JA

NEIN

wenn ja, welche ?

Sind die Mandeln oder Polypen entfernt wurden?

wenn ja, wann ?

Haben Sie bekannte Allergien?

wenn ja, worauf ?

Welche Medikamente nehmen Sie zur Zeit ein?

Wann wurden Sie das letzte Mal geröntgt?

Datum: (Monat/Jahr)

Organ:

Atmen Sie durch den Mund oder durch die Nase ?

Schlafen Sie mit offenem Mund?

Haben Sie Daumen, Finger oder Schnuller gelutscht?

wenn ja, wie viele Stunden am Tag ?

Beißen Sie gewohnheitsmäßig auf Zunge, Lippe, Nagel, Bleistift

oder

Knirschen Sie am Tag oder in der Nacht mit den Zähnen?

Haben Sie Schmerzen beim Kauen oder knackt das Kiefergelenk?

Haben Sie Sprachfehler?

Haben Sie Unterricht in Sprecherziehung besucht?

Haben Sie einen Unfall erlitten, wobei Milchzähne oder bleibende Zähne beschädigt wurden oder verlorengegangen sind?

Haben Sie schon einmal eine Spange getragen?

Wenn ja, wann?

Bitte Name und Adresse des Vorbehandlers angeben:

Wurde ein anderes Familienmitglied wegen einer ähnlichen Zahn- und Kieferfehlstellung kieferorthopädisch behandelt?

wenn ja, welches ?

Sonstige Bemerkungen

Wiesbaden, den

Unterschrift

Unterzeichner in Druckbuchstaben