

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

Anmeldung zur kieferorthopädischen Beratung

Lieber Patient, Liebe Eltern,

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				
Nachname des Patienten		Nachname des Versicherten Á		
Vorname des Patienten	Geburtsdatum	Vorname des Versicherten	Geburts	datum
Straße, Hausnummer		Arbeitgeber		
PLZ, Ort		Vorname des Ehegatten	Geburts	datum
Telefon		eMail		
Hauszahnarzt		Geschwister des Patienten in Behandlung		
Krankenkasse		Name Zahn-Zusatzversicherung, falls vorhander	n	
Uberweisender Zahnarzt		Name der Beilhilfe, falls vorhanden		
Hausarzt		Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?)	
Gesundheitsfragen				
			JA	NEIN
Haben Sie zu hohen oder niedrigen Blutdruck? Haben Sie eine Herz- und Gefäßerkrankung? Tragen Sie einen Herzschrittmacher?				
Leiden Sie an einer der nachstehend aufgeführten Erkrankung? Asthma/Lungenerkrankung				
Herzfehler Anfallsleiden (Epilepsie)				
Tuberkulose Bluterkrankung/Blutungsne Leberleiden (Gelbsucht/He				
Ecocitoride (Coloddolliff R	, paulo,		Ш	
Schilddrüsenerkrankung Rheuma				

Gelbsucht Nierenerkrankung Zuckerkrankheit Bitte informieren Sie uns auch über hier nicht aufgeführte Erkrankungen.				
Reagieren Sie überempfindlich auf bestimmte Substanzen oder Arzneien?	JA	NEIN		
wenn ja, welche ?	Ш	Ш		
Sind die Mandeln oder Polypen entfernt wurden? wenn ja, wann ?				
Haben Sie bekannte Allergien?				
wenn ja, worauf ?				
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	Ш	Ш		
oder				
Knirschen Sie ∐ am Tag oder ∐ in der Nacht mit den Zähnen?				
Haben Sie Schmerzen beim Kauen oder knackt das Kiefergelenk? Haben Sie Sprachfehler?	\mathbb{H}	H		
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:	Ш	Ш		
Wurde ein anderes Familienmitglied wegen einer ähnlichen Zahn- und Kieferfehlstellung kieferorthopädisch behandelt? wenn ja, welches ?				
Sonstige Bemerkungen				
Wiesbaden, den				
Unterschrift Unterzeichner in Druckbuchstaben				





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

Lieber Patient, Liebe Eltern,

hiermit klären wir Sie auf, dass wir bei dem Erstberatungsgespräch gerne diagnostische Fotos von Ihrem Kind erstellen würden, insofern Sie damit einverstanden sind.

Diese Fotos helfen uns bei der exakten Auswertung des Gebisses und des Profils. Für den Fall, dass wir die Behandlung zu einem späteren Zeitpunkt angefangen wird, helfen uns die Fotos dabei besser beurteilen zu können, ob Veränderungen in- und außerhalb des Mundes stattgefunden haben.

Wiesbaden,	
Ich stimme den Fotos zu:	
Ich stimme den Fotos NICHT zu:	