



## 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

Nachname des Patienten		Nachname des Versicherten	
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	
Name Krankenkasse		Name Zahn-Zusatzversicherung, falls vorhanden	
Überweisender Zahnarzt		Name der Beihilfe, falls vorhanden	
Hausarzt		Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?	

### 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

Rheuma

Gelbsucht

Nierenerkrankung

Zuckerkrankheit

Bitte informieren Sie uns auch über hier nicht aufgeführte Erkrankungen.

.....

JA

NEIN

Reagieren Sie überempfindlich auf bestimmte Substanzen oder Arzneien?

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

.....