

Die folgenden Angaben fallen selbstverständlich unter die ärztliche Schweigepflicht. Teilen Sie unserer Praxis bitte auch künftig Änderungen Ihres Gesundheitszustandes und Ihrer Adresse mit:

Bitte zutreffend ankreuzen. Es sind mehrere Antworten möglich.

• **Ich bin/ mein Kind ist**

- ☐ pflichtversichert
- ☐ freiwillig versichert
- ☐ privat zusatzversichert
- ☐ privat versichert im Basistarif
- ☐ beihilfeberechtigt
- ☐ beihilfeberechtigt und privat zusatzversichert
- ☐ privat vollversichert
- ☐ Selbstzahler

• **Zahlungspflichtiger**

Vorname, Name _____
Geburtsdatum _____
Straße, Nr. _____
Postleitzahl _____
Arbeitgeber _____
Telefon privat _____
Telefon mobil _____
E-Mail _____

• **Name des Hausarztes/ Kinderarztes** _____

• **Name des Zahnarztes** _____

• **Wie haben Sie von uns gehört?**

- ☐ Zahnarzt ☐ sonstiger Arzt/ Therapeut ☐ Patient ☐ Praxisschild
- ☐ Zeitung ☐ Branchenbuch/ Telefonbuch ☐ Internet ☐ Facebook/ soziale Medien
- ☐ Empfehlung durch _____

• **Haben Sie/ hat Ihr Kind eine der folgenden Krankheiten**

Asthma (schwere Atemnot)	☐ ja	☐ nein	
Allergische Reaktionen	☐ ja	☐ nein	ggf. welche? _____
Unverträglichkeit von Medikamenten	☐ ja	☐ nein	ggf. welche? _____
Herz-/ Lungenerkrankung	☐ ja	☐ nein	ggf. welche? _____
Angeborene Erkrankung/ Fehlbildung	☐ ja	☐ nein	ggf. welche? _____
Zuckerkrankheit	☐ ja	☐ nein	
Rheuma	☐ ja	☐ nein	
Infektionskrankheiten (HIV, Hepatitis, TBC, ...)	☐ ja	☐ nein	ggf. welche? _____
Schilddrüsenerkrankungen	☐ ja	☐ nein	
Sonstige Angaben/ andere Krankheiten	_____		
Medikamente	_____		

• **Allgemeine Fragen**

Besteht eine Schwangerschaft? ☐ ja ☐ nein
Raucher? ☐ ja ☐ nein

Wann war die letzte Röntgenuntersuchung der Zähne? _____

• Spezielle kieferorthopädische Fragen

Gab es einen Unfall mit Beteiligung der Zähne oder der Kiefer?

☐ ja ☐ nein

⇒ im ____ Lebensjahr ⇒ Therapie: _____

Wurde Sprachtherapie/ Logopädie durchgeführt?

⇒ ☐ ja ☐ nein

In welchem Alter und wie lange? _____

⇒ Name des Therapeuten: _____

War/ist eine Behandlung beim Hals-Nasen-Ohrenarzt nötig?

☐ ja ☐ nein

⇒ weswegen _____

⇒ Wurden die Polypen entfernt?

☐ ja ☐ nein

⇒ Wurden die Mandeln entfernt?

☐ ja ☐ nein

Name des Arztes: _____

Ist die Nasenatmung erschwert?

☐ ja ☐ nein

Wurde Schnarchen beobachtet?

☐ ja ☐ nein

Wurde Knirschen beobachtet?

☐ ja ☐ nein

Liegen Beschwerden im Bereich der Kiefergelenke/ Kaumuskulatur oder Kopfschmerzen vor?

☐ ja ☐ nein

Hat bereits eine kieferorthopädische Beratung/ Behandlung stattgefunden?

☐ ja ☐ nein

⇒ wann? _____ ⇒ Name des Arztes: _____

War/ ist Krankengymnastik nötig?

⇒ ☐ ja ☐ nein

⇒ weswegen? _____

Name des Therapeuten: _____

Wurden Schuh-Einlagen verordnet?

☐ ja ☐ nein

☐ rechts ☐ links

⇒ Name des Arztes _____

Wird eine Sportart betrieben?

☐ ja ☐ nein

⇒ welche? _____

Wird ein Musikinstrument gespielt?

☐ ja ☐ nein

⇒ welches? _____

Liegen oder lagen schädliche Angewohnheiten vor?

☐ Fingernägelkauen ☐ Finger-/ Daumenlutschen ☐ Schnuller nach dem 3. Lebensjahr

Mein Hauptanliegen ist

☐ Erstberatung

☐ Zweitmeinung

Was erwarten Sie von einer kieferorthopädischen Behandlung?

☐ gerade ausgerichtete Zähne

☐ längere Lebensdauer der Zähne

☐ besseres Kauvermögen

☐ besseres Aussehen

☐ besseres Sprechvermögen

☐ Beseitigung von Schmerzen

Haben Sie ein spezielles Interesse?

**Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben.
Änderungen werde ich unverzüglich mitteilen. Die Anamnese wurde mit dem Arzt besprochen.**

(Datum)

Unterschrift des Patienten/ Erziehungsberechtigten