



Anmeldung zur Kieferorthopädischen Beratung

(Bitte in Druckbuchstaben und nur mit Kugelschreiber ausfüllen, ggf. ankreuzen)

Name, Vorname des Patienten: _____

Geb. Datum: _____ Beruf: _____ Arbeitgeber: _____

PLZ, Wohnort, Strasse, Nr. _____

Telefon: _____ Mobil: _____ E-Mail: _____

Name des Versicherten: _____ Krankenkasse: _____

Adresse des Versicherten: _____

Zahnarzt: _____

Wie sind Sie versichert:

Pflicht Freiwillig Beihilfe Privat Zusatzversicherung für Kieferorthopädie

Empfohlen durch:

Zahnarzt Bekannte selbst bemerkt Internetrecherche

1. Eine kieferorthopädische Behandlung erfolgt bzw. erfolgte andernorts nicht.
 Der Patient war bereits zur kieferorthopädischen Untersuchung bei Dr. _____ am _____.
 Der Patient war bei Dr. _____ in kieferorthopädischer Behandlung von _____ bis _____.

2. Leiden oder litten Sie an einer der folgenden Krankheiten?
Hepatitis / Gelbsucht Ja Nein
Wenn ja, wann? _____
Diabetes / Zuckerkrankheit Ja Nein
Tuberkulose / Tbc Ja Nein
Wenn ja, wann? _____
Immunschwäche / AIDS / HIV+ Ja Nein
Haut / Geschlechtskrankheit Ja Nein
Herz / Kreislauferkrankungen Ja Nein
Blutgerinnungsstörungen Ja Nein
Heuschnupfen / Asthma Ja Nein
Sonstige Krankheiten / Behinderungen Syndrome? _____
Allergien / Unverträglichkeiten Ja Nein
Wenn ja, gegen: _____

3. Werden regelmäßig Medikamente eingenommen?
 Nein Ja, welche? _____

4. Wie oft gehen Sie zum Zahnarzt?
 $\frac{1}{2}$ jährlich jährlich seltener

5. Wann war Ihr letzter Zahnarztbesuch? _____

6. Wurde schon eine Parodontal- (Zahnfleisch-)behandlung durchgeführt? Ja Nein

7. Gab es eine Verletzung im Kiefer-/Gesichtsbereich? Ja Nein

8. Gab es Operationen im Kiefer-/Gesichtsbereich? Ja Nein

9. Ist Ihre normale Nasenatmung behindert? Ja Nein

10. Knirschen Sie hörbar mit den Zähnen? Ja Nein

11. Haben Sie oft Kopf- oder Ohrenschmerzen? Ja Nein

12. Wären Sie bereit eine feste Spange zu tragen? Ja Nein weiß nicht

13. Wurde Sie innerhalb der letzten 12 Monate geröntgt? Ja Nein
Wenn ja, bei welchem Arzt / Zahnarzt / Klinikum?

14. Bei **Frauen**:
Sind Sie schwanger? Ja Nein

Informationspflicht

Ich bestätige hiermit alle Angaben wahrheitsgemäß und vollständig gemacht zu haben und eintretende Veränderungen während der Behandlung unverzüglich der Praxis mitzuteilen. Alle meine Angaben dienen der vertrauensvollen Zusammenarbeit und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Ich bin damit einverstanden, dass meine Angaben für interne (Praxisverwaltung und Abrechnung) und ggf. externe Zwecke (In Zusammenarbeit mit Zahnarzt, Chirurgie, o.ä.) gespeichert bzw. weitergeleitet werden.

Datum: _____

Unterschrift des Patienten