



## Anmeldung zur Kieferorthopädischen Beratung

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

K

Name, Vorname des Patienten: \_\_\_\_\_

Beruf oder besuchte Schule: \_\_\_\_\_

Geb. Datum: \_\_\_\_\_

PLZ, Wohnort, Strasse, Nr. \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Mobil: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Name des Versicherten: \_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Zahnarzt: \_\_\_\_\_

Wie sind Sie versichert:

Pflicht     Freiwillig     Beihilfe     Privat     Zusatzversicherung für Kieferorthopädie

Empfohlen durch:

Zahnarzt     Bekannte     Mitschüler     selbst bemerkt     Internetrecherche

Mutter des Patienten:

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geb.-Datum: \_\_\_\_\_

Strasse, Nr.: \_\_\_\_\_

PLZ, Wohnort: \_\_\_\_\_

Beruf, Arbeitgeber: \_\_\_\_\_

Vater des Patienten:

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geb.-Datum: \_\_\_\_\_

Strasse, Nr.: \_\_\_\_\_

PLZ, Wohnort: \_\_\_\_\_

Beruf, Arbeitgeber: \_\_\_\_\_

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. Welche Krankheiten hat /hatte der Patient?  
Hepatitis / Gelbsucht                     Ja     Nein  
Diabetes / Zuckerkrankheit             Ja     Nein  
Tuberkulose / Tbc                         Ja     Nein  
Hautkrankheit                             Ja     Nein  
Immunschwäche / AIDS / HIV+         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. Sind Mandeln / Polypen entfernt worden?     Ja     Nein
5. Schläft der Patient mit offenem Mund?     Ja     Nein
6. Hat der Patient einen Sprachfehler?         Ja     Nein
7. Hat der Patient am Daumen gelutscht?     Ja     Nein  
Wie lange? \_\_\_\_\_
8. Wird / Wurde an den Fingernägeln oder am Bleistift gekaut?                         Ja     Nein
9. Hat sich der Patient je einen Zahn aus- oder angeschlagen?  
Wenn ja, wann? \_\_\_\_\_                     Ja     Nein
10. Hat jemand in der Familie eine ähnliche Zahnstellung?  
Wenn ja, wer?     Vater     Mutter     O Geschwister
11. Sind bereits andere Kinder Ihrer Familie in kieferorthopädischer Behandlung?     Ja     Nein  
Wenn ja, wo? \_\_\_\_\_
12. Ist der Patient selbst an einer Zahnkorrektur interessiert?                     Ja     Nein  
Wie groß ist das Interesse?  
 weniger groß     groß     sehr groß
13. Putzt sich der Patient regelmäßig morgens und abends die Zähne?                         Ja     Nein
14. Wurde der Patient innerhalb der letzten 12 Monate geröntgt?                     Ja     Nein  
Wenn ja, bei welchem Arzt / Zahnarzt / Klinikum?  
\_\_\_\_\_
15. Körpergröße                    des Patienten: \_\_\_\_\_  
    des Vaters: \_\_\_\_\_  
    der Mutter: \_\_\_\_\_
16. Bei **Mädchen**: Hat die erste Menstruation bereits stattgefunden?                                     Ja     Nein  
Wenn ja, wann? \_\_\_\_\_
17. Gibt es noch weitere Kinder in Ihrer Familie?                                         Ja     Nein  
Alter: \_\_\_\_\_

### 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 begleitenden Elternteils  
bzw. gesetzlichen Vertreters