

Liebe Patientin, lieber Patient!

Für eine risikofreie Behandlung ist die Beantwortung einiger Fragen zu Ihrem allgemeinen Gesundheitszustand von besonderer Bedeutung. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Patient

Name, Vorname

Geburtsdatum & -Ort

Versicherte Person

Name, Vorname

Geburtsdatum & -Ort

Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

Telefon Festnetz

Telefon Mobil

Arbeitgeber

Beruf

Versicherung Gesetzlich Privat Freiwillig Beihilfe PKV-Standardtarif

Bei gesetzlich versicherten: besteht eine Zusatzversicherung? ja nein

Rechnungsadresse (falls abweichend von versicherter Person)

Name, Vorname

Geburtsdatum

Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

Bei getrennt lebenden Elternteilen: Gemeinsames Sorgerecht Alleiniges Sorgerecht

Zahnärztliche Anamnese

Ihr Hauptanliegen, weshalb Sie heute unsere Praxis aufsuchen:

War der Patient schon einmal in kieferorthopädischer Behandlung? ja nein

Wenn ja, wann?

Wo?

Waren/sind Geschwister/Eltern in kieferorthopädischer Behandlung? ja nein

Hat einer der Eltern/Großeltern eine offensichtliche Zahnfehlstellung? ja nein

Hat der Patient Beschwerden beim Kauen? ja nein

Wenn ja, wo?

Hat der Patient Kiefergelenkbeschwerden? ja nein

Medizinische Anamnese

Ist der Patient zurzeit in ärztlicher Behandlung? ja nein

Wenn ja, weshalb?

Werden regelmäßig Medikamente eingenommen? ja nein

Wenn ja, welche?

Wenn ja, welche Dosierung?

Bestehen schwerwiegende Krankheiten?

- | | | | |
|--|--------------------------------------|--------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Rachitis | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Tuberkulose | <input type="checkbox"/> Asthma |
| <input type="checkbox"/> HIV (AIDS) | <input type="checkbox"/> Epilepsie | <input type="checkbox"/> Herzfehler | <input type="checkbox"/> Allergien |
| <input type="checkbox"/> Blutungsneigung | <input type="checkbox"/> Osteoporose | <input type="checkbox"/> Hepatitis | |
| <input type="checkbox"/> Andere: | | | |

Lagen schon Mund- oder Kieferoperationen vor? ja nein

Wenn ja, welche?

Und wann?

Gewohnheiten in der Kindheit oder aktuell?

- | | | | |
|---------------------------------------|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Nägelkauen | <input type="checkbox"/> Schnuller | <input type="checkbox"/> Daumenlutschen | <input type="checkbox"/> Fingerlutschen |
| <input type="checkbox"/> Mundatmung | <input type="checkbox"/> Knirschen | <input type="checkbox"/> Lippensaugen | <input type="checkbox"/> Lippenbeißen |
| <input type="checkbox"/> Sprachfehler | <input type="checkbox"/> Zungenpressen | <input type="checkbox"/> Lippenlagerung hinter den Frontzähnen | |

Spielt der Patient ein Blasinstrument? ja nein

Wenn ja, welche(s)?

Welche Sportarten übt der Patient aus?

Gemäß Röntgenverordnung bitte folgende Fragen beantworten:

Wurde der Patient schon einmal geröntgt? ja nein

Wenn ja, war das innerhalb der letzten 12 Monate? ja nein

Wenn ja, welche Körperteile?

Wo? (Arzt, Krankenhaus)

Besteht zur Zeit eine Schwangerschaft? ja nein

Wie lange liegt der letzte Zahnarztbesuch zurück?

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben. Ich hatte ausreichend Gelegenheit Fragen zu stellen und verpflichte mich, Änderungen umgehend mitzuteilen.

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten / des Erziehungsberechtigten