



Herzlich Willkommen in unserer Praxis!

**Patient**

Name/Vorname		Geb. Datum
Straße	PLZ, Ort	Tel. Nummer
Krankenkasse	Zahnarzt:	Mobil

**Versicherter:**

Name/Vorname		Geb. Datum
Straße	PLZ, Ort	Tel. Nummer
Beruf	E-Mail	Mobil

Falls Rechnungsadresse von der Versichertenadresse abweicht:

Versicherungsart:

gesetzlich    privat    freiwillig    Beihilfe    Zusatzversicherung für Kfo

Falls alleinerziehend, Sorgerecht:

Mutter    Vater    Sonstige \_\_\_\_\_

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

Zahnarzt    Homepage    Patientenempfehlung    Sonstiges

Ich bin einverstanden über die notwendige Erstellung von Röntgenaufnahmen.

Ich bin mit der Erstellung der notwendigen Unterlagen für einen kieferorthopädischen Behandlungsplan einverstanden.

Falls eine Kieferorthopädische Behandlung bereits erfolgt, bin ich damit einverstanden, dass die Unterlagen von dem Vorbehandler angefordert werden.

**Bitte wenden!**

**Anamnese – zutreffendes bitte ankreuzen!**

**Ja    Nein**

Wann war der letzte Zahnarztbesuch? \_\_\_\_\_

Erfolgte bereits eine kieferorthopädische     Behandlung     Beratung     Ja     Nein

Falls ja: Wo? \_\_\_\_\_ Wann? \_\_\_\_\_

Waren oder sind Geschwister in kieferorthopädischer Behandlung?     Ja     Nein

Wurden in den letzten 6 Monaten Röntgenaufnahmen im Kopfbereich erstellt?     Ja     Nein

Falls ja: Wo? \_\_\_\_\_ Wann? \_\_\_\_\_

Hatten Sie/Ihr Kind einen Unfall mit Verletzungen an den Zähnen/Gesicht?     Ja     Nein

Falls ja: Welche? \_\_\_\_\_

Haben Sie/Ihr Kind an dem Daumen/Schnuller gelutscht?     Ja     Nein

Falls ja: Wie lange? \_\_\_\_\_

Besteht hauptsächlich:     Mundatmung     Zähneknirschen     Zähne pressen  
 Zungen pressen     Ja     Nein

Besteht ein Kiefergelenkknacken?     Ja     Nein

Knirschen Sie/Ihr Kind?     Ja     Nein

Sind/waren Sie/Ihr Kind in logopädischer Behandlung?     Ja     Nein

Liegt bei Ihnen/Ihrem Kind einer der folgenden Erkrankungen vor?

    Kreislauf und Gefäßerkrankung (z.B. Durchblutungsstörungen, Bluthochdruck)     Ja     Nein

    Herzerkrankungen (z.B. Herzinfarkt, Herzfehler, Herzrhythmusstörung)     Ja     Nein

    Atemwegserkrankung (z.B. häufige Bronchitis, Asthma)     Ja     Nein

    Chronische Erkrankung (z.B. Rheuma, Diabetes)     Ja     Nein

    Bluterkrankung oder erhöhte Blutungsneigung     Ja     Nein

    Allergie (z.B. Pollen, Tierhaare, Nickel, Latex, Medikamente)     Ja     Nein

    Infektionskrankheit (z.B. HIV, Hepatitis)     Ja     Nein

    Operationen (z.B. Paukenröhrchen, Mandeln, Polypen)     Ja     Nein

    Liegen andere Erkrankungen vor (z.B. ADHS, Epilepsie)?     Ja     Nein

    Falls ja: Welche? \_\_\_\_\_

Nehmen Sie/Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein?     Ja     Nein

Falls ja: Welche \_\_\_\_\_

Bei Frauen: Besteht eine Schwangerschaft?     Ja     Nein

\_\_\_\_\_  
Ort/Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Versicherten