



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

Falls ja: Wo? _____ Wann? _____

Waren oder sind Geschwister in kieferorthopädischer Behandlung?

Wurden in den letzten 6 Monaten Röntgenaufnahmen im Kopfbereich erstellt?

Falls ja: Wo? _____ Wann? _____

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

Falls ja: Welche? _____

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

Falls ja: Wie lange? _____

Besteht hauptsächlich: Mundatmung Zähneknirschen Zähne pressen
 Zungen pressen

Besteht ein Kiefergelenkknacken?

Knirschen Sie/Ihr Kind?

Sind/waren Sie/Ihr Kind in logopädischer Behandlung?

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

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

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

Atemwegserkrankung (z.B. häufige Bronchitis, Asthma)

Chronische Erkrankung (z.B. Rheuma, Diabetes)

Bluterkrankung oder erhöhte Blutungsneigung

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

Infektionskrankheit (z.B. HIV, Hepatitis)

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

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

Falls ja: Welche? _____

Nehmen Sie/Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein?

Falls ja: Welche _____

Bei Frauen: Besteht eine Schwangerschaft?

Ort/Datum

Unterschrift des Versicherten