

Liebe Patientin, lieber Patient!

Bevor wir uns in Ruhe über Ihre Wünsche unterhalten, benötigen wir neben den Angaben zu Ihrer Person Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Denn auch Allgemeinerkrankungen können Auswirkungen auf die kieferorthopädische Behandlung haben. Deswegen bitten wir Sie, diesen Erhebungsbogen auszufüllen. Er wird Ihren persönlichen Unterlagen angefügt. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht unserer Praxis.

Persönliches (Patient)

Name / Vorname _____

Straße / Nr. _____ PLZ / Ort _____

Geburtsdatum _____ Geburtsort _____

Tel. privat _____ Tel. mobil _____

E-Mail _____ Beruf _____

Krankenkasse _____

Gesetzlich versichert ja nein Privat versichert ja nein Basistarif ja nein

Zusatzversicherung ja nein Beihilfeberechtigt ja nein

Bei Kindern bzw., wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmittglied sind, wer ist Versicherter?

Name / Vorname _____

Straße / Nr. _____ PLZ / Ort _____

Geburtsdatum _____ Geburtsort _____

Wer ist Ihr Zahnarzt?

Name _____ Ort _____

Tel. _____

In eigener Sache

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

von Bekannten empfohlen Telefon- / Branchenbuch Zeitungsanzeige

Überweisung von _____

Internet, über die Seite _____ Sonstiges _____

Falls wir empfohlen wurden, haben Sie sich im Vorfeld unseren Internetauftritt angeschaut? ja nein

Möchten Sie von uns an Ihre Vorsorgeuntersuchung erinnert werden (z.B. per Post, E-Mail oder telefonisch)? ja nein

Was ist der Grund für Ihren Besuch?

Einschränkungen der Ästhetik

Funktionsprobleme (Zähneknirschen, Schmerzen / Knacken im Kiefergelenk, Schwierigkeiten beim Abbeißen / Kauen)

Überweisung durch den Zahnarzt

Wurde bereits einmal eine kieferorthopädische Therapie durchgeführt? Wenn ja, wenn und wie lange?

Fragen zur Zahngesundheit

Wann war der letzte Zahnarztbesuch? _____

Wann wurde das letzte Mal im Bereich von Zähnen / Kiefer geröntgt? _____

Welche Aufnahmen wurden gemacht? _____

Gab es Zahnunfälle? ja nein Wenn ja, an welchen Zähnen? _____

Gab es Knochenbrüche im Mund-, Kiefer-, Gesichtsbereich? ja nein Wenn ja, welche: _____

Weitere Angaben zur Allgemeingesundheit

Sind Sie bzw. Ihr Kind betroffen von:

Allergien? ja nein Wenn ja, welche: _____

Herz-Kreislaufkrankungen? ja nein Wenn ja, welche: _____

Infektionskrankheiten? ja nein Wenn ja, welche: _____

Bluterkrankungen? ja nein Wenn ja, welche: _____

Schilddrüsenerkrankungen? ja nein Wenn ja, welche: _____

Diabetes? ja nein

Sonstige Erkrankungen? ja nein Wenn ja, welche: _____

Nehmen Sie bzw. Ihr Kind aktuell oder regelmäßig Medikamente? ja nein Wenn ja, welche: _____

Sind bei Ihnen jemals Unverträglichkeiten gegen Medikamente / Spritzen aufgetreten? ja nein Wenn ja, welche: _____

Bei Frauen: Besteht eine Schwangerschaft? ja nein Wenn ja, welche: _____

Bitte ausfüllen, wenn Ihr Kind behandelt wird

Hat Ihr Kind Angewohnheiten wie ...

Daumenlutschen ja nein

Gebrauch des Schnullers ja nein

Lispeln ja nein

Dauerhaft offener Mund / Mundatmung ja nein

Zungen- oder Wangenpressen ja nein

Lippenbeißen ja nein

Datum

Unterschrift