



Praxis für Kieferorthopädie

Schöne Zähne - mehr Selbstbewußtsein

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient, liebe Eltern

ein Zahnarztbesuch ist Vertrauenssache. Wir freuen uns, dass Sie uns Ihre Zahngesundheit anvertrauen. Um Ihre Behandlung optimal auf Sie abstimmen zu können, bitten wir Sie, beide Seiten dieses Bogens vollständig auszufüllen. Falls Sie gesundheitliche Probleme haben, kreuzen Sie bitte die entsprechenden Beschwerden an. Das hilft uns, eventuelle Risiken bei der Behandlung zu vermeiden.

Um Ihnen lange Wartezeiten zu ersparen, wird unsere Praxis nach dem Bestellsystem geführt. Das bedeutet, dass wir die vereinbarte Behandlungszeit für Sie reservieren. Das heißt aber auch, dass die Praxis eventuell stillsteht, wenn Sie einen Termin nicht einhalten. Wir bitten Sie daher herzlich, uns mindestens einen Tag vorher zu informieren, wenn Sie einen Termin aus wichtigem Grund nicht wahrnehmen können.

Nennen Sie uns auch Ihre Wünsche und teilen Sie uns mit, worauf Sie beim Kieferorthopäden besonderen Wert legen.

Ihre Angaben werden von uns elektronisch gespeichert. Sämtliche Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den strengen Bestimmungen des Datenschutzes. Spätere Änderungen bitten wir umgehend mitzuteilen. Bitte bestätigen Sie die Kenntnisnahme der in diesem Anmeldebogen gegebenen Informationen und die Richtigkeit Ihrer Angaben mit Ihrer Unterschrift. Vielen Dank!

Ihre Praxis für Kieferorthopädie

Anmeldung Patient

Name	Vorname/Titel	Geb.-Datum
Straße	PLZ/Ort	
Telefon/Fax privat	Handy	E-Mail
Krankenkasse	Beruf	
Arbeitgeber	Telefon Arbeit	

Versicherter (Eltern, Ehegatte)

Name	Vorname/Titel	Geb.-Datum
Straße	PLZ/Ort	
Telefon privat	Beruf	

Versicherungsverhältnis

- Gesetzlich versichert Privat versichert nur Basistarif
 Freiwillig versichert Beihilferechtigt Private Zusatzversicherung

Wer ist Ihr derzeitiger Zahnarzt?

Grund für Ihren Besuch in unserer Praxis

War der Patient früher schon in kieferorthopädischer Behandlung? Ja Nein

Wenn ja, bei wem? _____ Dr. _____ von _____ bis _____

Wurde die Behandlung regulär abgeschlossen? Ja Nein

Soll die Behandlung übernommen werden? Ja Nein

Liegen in der Familie Gebissunregelmäßigkeiten vor? Ja Nein

- Mutter Vater Bruder Schwester

Sind in der Großfamilie Nichtanlagen von Zähnen bekannt? Ja Nein

Wann kamen die ersten Milchzähne?

- Vor dem 6. Lebensmonat Zwischen dem 6. und 8. Lebensmonat Nach dem 8. Lebensmonat

Wann kamen die ersten bleibenden Schneidezähne?

- Vor dem 6. Lebensjahr 6. bis 7. Lebensjahr 8. Lebensjahr oder später

Hatte der Patient einen Unfall mit Folgen für den Kopf-Hals-Bereich?

Ja Nein

Wenn ja, wann?

Mit Zahnverletzungen? Ja Nein Mit Zahnverlusten oder Kieferbrüchen? Ja Nein

Hat der Patient als Kleinkind gelutscht und wenn ja, bis wann?

Ja Nein

Daumen ca. bis zum Lebensjahr

Finger ca. bis zum Lebensjahr

Schnuller ca. bis zum Lebensjahr

Liegt eine Fehlgewohnheit im Lippen- oder Zungenbereich vor?

Ja Nein

Lippenbeißen Schluckstörung Wangensaugen Lippenlecken Nägelkauen Bleistiftkauen

Sonstiges:

Hat oder hatte der Patient eine Sprachstörung?

Ja Nein

Wurde eine logopädische Behandlung (Sprachtherapie) durchgeführt?

Ja Nein

Wenn ja, wann, von wem?

Knirscht der Patient mit den Zähnen?

Ja Nein

Bestehen oder bestanden Erkrankungen der Kiefergelenke?

Ja Nein

Probleme beim Kauen

Muskelverspannungen im Kieferbereich

Gelenkgeräusche, z.B. Knacken

Häufige Kopf- bzw. Nackenschmerzen

Bestehen bei dem Patienten Behinderungen der Nasenatmung?

Ja Nein

Mundatmung

Schnarchen

Asthma

häufige Erkältungen

Besteht bei dem Patienten eine Allergie?

Ja Nein

Nickel Pollen Medikamente Heuschnupfen Chrom Latex Sonstige:

Wurden Hals-, Nasen-, Ohrenärztliche Operationen durchgeführt?

Ja Nein

Gaumenmandeln Rachenmandel („Polypen“) Parazentese (Röhrchen im Trommelfell) Nasenscheidewand

Gab es Besonderheiten während der Schwangerschaft?

Ja Nein

Wenn ja, welche?

Leidet oder litt der Patient an einer der genannten Krankheiten?

Ja Nein

Wenn ja, welche?

Blutgerinnungsstörungen

Rachitis

Diabetes

HIV

Nierenerkrankungen

Haltungsschäden

Epilepsie

Hepatitis

Ernährungsstörungen

Herzleiden

Sonstige

Nimmt der Patient Medikamente ein?

Ja Nein

Wenn ja, welche?

Besteht eine Schwangerschaft?

Ja Nein

Wann hatte Ihre Tochter zum 1. Mal ihre Periode? (Wichtig zur Einschätzung des noch zu erwartenden Wachstums)

Monat/Jahr

Körpergröße der Mutter cm, des Vaters cm

Ist der Patient selbst an einer Zahnregulierung interessiert?

Ja Nein

Putzt der Patient unaufgefordert regelmäßig seine Zähne?

Ja Nein

Die Betreuung des Kindes am Nachmittag erfolgt

In einer Einrichtung

zu Hause

Welche Hobbys hat der Patient?

Sportarten:

Musikinstrumente:

Sonstiges:

Was ist Ihnen wichtig, damit Sie sich in unserer Praxis wohlfühlen?

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

Empfehlung durch (bitte Namen nennen)

Internet (bitte Adresse nennen)

Gelbe Seiten

Ich bin damit einverstanden, dass mein/e Sohn/Tochter wenn nötig aus medizinischen Gründen geröntgt werden darf.

Ja Nein

Ort / Datum

Unterschrift & Unterschrift des Erziehungsberechtigten