



ANMELDEBOGEN

PATIENTENDATEN

Name _____ Vorname _____
Geburtsdatum _____ weiblich männlich
Str., Nr. _____ PLZ, Wohnort _____
Telefon privat _____ Telefon mobil _____
E-Mail _____ Beruf _____

BEI MINDERJÄHRIGEN PATIENTEN

Mutter: Name _____ Vorname _____
Str., Nr. _____ PLZ, Wohnort _____
Geburtsdatum _____ Telefon mobil _____
Beruf (freiwillig) _____ Telefon dienstlich _____

Vater: Name _____ Vorname _____
Str., Nr. _____ PLZ, Wohnort _____
Geburtsdatum _____ Telefon mobil _____
Beruf (freiwillig) _____ Telefon dienstlich _____

KRANKENVERSICHERT

Mitversichert bei _____ Mutter Vater
Name der Krankenversicherung _____
 Gesetzlich versichert Freiwillig versichert Beihilfe versichert Zusatzversicherung für Kieferorthopädie
 Privat versichert Basistarif Standardtarif Notlagentarif
Hauszahnarzt, Name _____ Ort _____
Hausarzt, Name _____ Ort _____

Aus welchem Grund besuchen Sie unsere Praxis? _____

Sind in letzter Zeit Röntgenaufnahmen angefertigt worden? ja nein
Wenn ja, wann und wo? _____

Wurde schon eine kieferorthopädische Beratung durchgeführt? ja nein
Wenn ja, wann und wo? _____

Wurden Unterlagen erstellt? ja nein

- Wurde schon eine kieferorthop. Behandlung durchgeführt? ja nein
Wenn ja, wann und wo? _____
- Hat oder hatte ein Familienmitglied eine Gebissunregelmäßigkeit? ja nein
- Wird Sport betrieben oder wird ein Mundschutz benötigt? ja nein
- Wird oder wurde am Daumen gelutscht? ja nein Dauer _____
- Wurde ein Schnuller benutzt? ja nein Dauer _____
- Bestand / besteht ein Zungenpressen, Lippenbeißen, Nägel-/ Bleistiftkauen? ja nein
- Besteht ein Sprachfehler? ja nein
- Wurde eine logopädische Behandlung durchgeführt? ja nein
- Schnarcht Ihr Kind oder ein Familienmitglied? ja nein
- Wurden bei einem Unfall Zähne oder Kiefer verletzt? ja nein
- Sind beim Patienten oder Familienmitglied Nichtanlagen von Zähnen bekannt? ja nein Wenn ja, welche? _____
- Wie verlief der Zahnwechsel? normal frühzeitig verspätet
- Wurden frühzeitig Zähne entfernt? ja nein
Wenn ja, welche und wann? _____
- Leidet Ihr Kind oder Sie selber an Verspannungen im Kopf-, Nacken- oder Schulterbereich? Sind Schwindelgefühl oder Ohrgeräusche vorhanden? ja nein
- Gibt oder gab es orthopädische Befunde? ja nein
- Liegt eine erschwerte Nasenatmung bzw. Mundatmung vor? ja nein
- Wurden Mandeln oder Polypen entfernt? ja nein
- Liegt eine schwerwiegende Erkrankung vor? ja nein
- Wenn ja, welche zum Beispiel: Herz-/ Kreislaufkrankung Diabetes Asthma Blutgerinnungsstörung
 Epilepsie HIV Hepatitis Tuberkulose Sonstige _____
- Liegt eine Allergie vor? ja nein Wenn ja, welche? _____
- Werden regelmäßig Medikamente eingenommen? ja nein Wenn ja, welche? _____
- Besteht eine Schwangerschaft? ja nein
- Sind Sie Raucher? ja nein
- Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? Zahnarzt Bekannte Internet Sonstiges _____
- Dürfen wir Ihnen Praxis- und Termininformationen postalisch oder via E-Mail / SMS übersenden? ja nein
- Wann haben Sie Ihre Zahn- und Kieferstellung das letzte Mal kontrolliert? _____

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit! Bitte teilen Sie uns Änderungen der Angaben rechtzeitig mit. Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben.

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten bzw. Erziehungsberechtigten

Röntgeneinverständniserklärung: Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass im Rahmen der kieferorthopädischen Behandlung notwendige Röntgenuntersuchungen bei meinem Kind / mir (Erwachsenen) gemacht werden.

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten bzw. Erziehungsberechtigten