

Anmeldung zur kieferorthopädischen Beratung

Datum: _____

Patient: _____
(Nachname) (Vorname)

Geburtsdatum: _____ Alter: _____ Jahre und _____ Monate

Anschrift: _____
(Straße) (PLZ) (Ort)

Tel. privat: _____ gesch.: _____ ggf. Mobil: _____

Versicherter: _____
(Nachname) (Vorname)

Geburtsdatum des Versicherten: _____

Arbeitgeber: _____

Name der Mutter: _____ Geburtsdatum: _____

Name des Vaters: _____ Geburtsdatum: _____

Nur ausfüllen, falls o. g. Anschrift abweichend:

Anschrift: _____
(Straße) (PLZ) (Ort)

Angaben zur Krankenversicherung:

Ich bin Mitglied der folgenden gesetzlichen Krankenversicherung: _____

Ich bin bei folgender Krankenkasse privat versichert: _____

Sind Sie beihilfeberechtigt? Ja Nein

Anschrift des Versicherten (falls abweichend):

(Straße) (PLZ) (Ort)

Wer ist der Zahnarzt? _____

Weshalb möchten Sie sich beraten lassen?

Auf Anraten des Zahnarztes Wunsch der Eltern Wunsch des Kindes

Wie sind Sie auf unsere Praxis gekommen (Telefonbuch, Empfehlung o. ä.)? _____

Spielt der Patient ein Blasinstrument oder ist das geplant? Welches? Ja Nein _____

Bestehen oder bestanden bei dem Patienten folgende Krankheiten (Zutreffendes bitte ankreuzen)

- | | | | | | |
|-----------------|--------------------------|--------------------|--------------------------|-----------------------------|--------------------------|
| Asthma | <input type="checkbox"/> | Rachitis | <input type="checkbox"/> | Hepatitis (Leberentzündung) | <input type="checkbox"/> |
| Tuberkulose | <input type="checkbox"/> | Drüsenstörung | <input type="checkbox"/> | HIV / Aids | <input type="checkbox"/> |
| Rheuma | <input type="checkbox"/> | Wachstumsstörungen | <input type="checkbox"/> | Häufige Erkältungen | <input type="checkbox"/> |
| Epilepsie | <input type="checkbox"/> | Diabetes | <input type="checkbox"/> | Blutgerinnungsstörungen | <input type="checkbox"/> |
| Herzkrankheiten | <input type="checkbox"/> | | | | |

Ständig eingenommene Medikamente: _____

Bestehen Allergien (z.B. gegen Medikamente, Nickel, Chrom, Latex o. ä.)? Wenn ja, gegen was?

Ist ein Allergiepass vorhanden? nein ja

Sonstige (ansteckende) Krankheiten / Operationen / Behinderungen / Syndrome: _____

Bei Mädchen: Erfolgte die erste Regelblutung (Menarche) bereits ?

Ja , mit _____ Jahren. Nein.

-> dieser Zeitpunkt steht in engem Zusammenhang mit dem maximalen Körper- und Gesichtsschädelwachstum.

Sind Mandeln und /oder Polypen entfernt worden? Wenn ja, wann? nein ja ____

Kam der erste Milchzahn ungewöhnlich spät? Falls ja, wann? nein ja ____

Fiel der erste Milchzahn ungewöhnlich spät aus? Falls ja, wann? nein ja ____

Ist Ihnen etwas bekannt über fehlende, überzählige oder verlagerte Zähne? nein ja ____

Hat der Patient Daumen oder Finger gelutscht? Bis wann? nein ja ____

Hat der Patient einen Schnuller gehabt? Bis wann? nein ja ____

Knirscht der Patient mit den Zähnen? Tags? Nachts ? nein ja ____

Beißt der Patient auf die Lippen? nein ja ____

Atmet der Patient mehr durch den Mund als durch die Nase? Tags? Nachts? nein ja ____

Knackt das Kiefergelenk beim Öffnen oder Schließen des Mundes? nein ja ____

Hatte der Patient je einen Unfall im Kopfbereich? Wenn ja, wann? nein ja ____

Hat der Patient einen Sprachfehler (z.B. Lispeln)? nein ja ____

Wurde deshalb bereits eine logopädische Behandlung durchgeführt? Wann? nein ja ____

Fand andernorts bereits eine kieferorthopädische Beratung statt oder wurden Unterlagen (Röntgenbilder, Modelle, Behandlungsplan) erstellt? Wenn ja, wo? nein ja ____

Erfolgte früher bereits eine kieferorthopädische Behandlung? Wenn ja, wo? nein ja ____

Hat jemand in der Familie eine ähnliche Zahnstellung? Wer? nein ja ____

Sind/waren Geschwister des Patienten in kieferorthopädischer Behandlung? nein ja ____

Gibt es ein Röntgennachweisheft? Bitte abgeben, wenn hier geröntgt wird! nein ja ____

Sind bei dem Patienten in den letzten Jahren Röntgenaufnahmen erstellt oder Strahlenbehandlungen durchgeführt worden? Wenn ja, welche ? nein ja ____

Hinweis für schwangere Patientinnen: Bitte informieren Sie uns im Falle einer Schwangerschaft!

Besondere Hobbys / Sportarten des Patienten _____

Was fiel Ihnen beim ersten Besuch in unserer Praxis positiv auf?

Was können wir verbessern? _____

Unterschrift: _____