

Willkommen in unserer Praxis!

Wir freuen uns, dass Sie uns Ihr Lächeln anvertrauen!

Unser Ziel ist es, Ihnen/Ihrem Kind eine bestmögliche und individuelle Behandlung anzubieten. Deshalb möchten wir Sie bitten, sich einen Moment Zeit zu nehmen, diesen Fragebogen sorgfältig zu lesen und so genau wie möglich auszufüllen. Gerne besprechen wir die wesentlichen Fragen und Antworten gleich noch einmal ausführlich mit Ihnen.

Die folgenden Angaben dienen ausschließlich der Optimierung Ihrer Behandlung. Deshalb möchten wir Sie bitten auch künftige Änderungen Ihres Gesundheitszustandes bzw. den Ihres Kindes und Ihrer Anschrift mitzuteilen.

Selbstverständlich unterliegen Ihre Angaben der ärztlichen Schweigepflicht.

KONTAKTDATEN DES PATIENTEN

Name, Vorname _____ Geb. Datum _____ m w

Straße _____ Geb. Ort _____

PLZ/Ort _____

Tel. privat _____ Mobil _____

E-Mail _____

Name des Hauptversicherten _____

Leben die Eltern gemeinsam getrennt Wer ist der Erziehungsberechtigte des Kindes? _____

KONTAKTDATEN DER MUTTER (BEI MINDERJÄHRIGEN PATIENTEN)

Name, Vorname _____ Geb. Datum _____

Straße _____

PLZ/Ort _____

Tel. privat _____ Mobil _____

E-Mail _____

KONTAKTDATEN DES VATERS (BEI MINDERJÄHRIGEN PATIENTEN)

Name, Vorname _____ Geb. Datum _____

Straße _____

PLZ/Ort _____

Tel. privat _____ Mobil _____

E-Mail _____

Rechnungsempfänger Vater Mutter Patient

Name der Krankenkasse _____

Art der Versicherung gesetzlich privat Beihilfe Basis- bzw. Standardtarif der PKV

Wer ist der behandelnde Zahnarzt? _____

Ort _____

Anlass der kieferorthopädischen Beratung

funktionelle Gründe Überweisung durch Zahnarzt auf Wunsch des Patienten der Mutter des Vaters
 aus ästhetischen Gründen

Wurden Sie schon einmal kieferorthopädisch beraten? Ja Nein

Von wem bzw. wo? _____

Befinden/Befanden Sie bzw. Ihr Kind sich bereits in einer KFO-Behandlung Ja Nein

oder wurde eine solche Behandlung bereits geplant? Bei bzw. von wem? _____

Wurde die Behandlung regulär zu Ende geführt? _____

Wurden bereits Röntgenbilder der Zähne und/oder des Kopfes angefertigt ? Ja Nein

Wann und von wem wurden die Röntgenaufnahmen angefertigt? _____

Wurden bereits Zahnmodelle angefertigt ? Ja Nein

Sind oder waren Geschwister in kieferorthopädischer Behandlung? Ja Nein

Spielen Sie/Ihr Kind ein Blasinstrument? Ja Nein

Wird eine Sportart betrieben? Welche _____

Fand eine Behandlung durch einen HNO-Arzt statt? Ja Nein

Wurden Mandeln Polypen entfernt?

BESTEHENDE KRANKHEITEN

Herz/Kreislauf	<input type="checkbox"/> Herzfehler	<input type="checkbox"/> Herzinfarkt	<input type="checkbox"/> Blutdruck
Atemwege/Lunge	<input type="checkbox"/> Asthma	<input type="checkbox"/> Tuberkulose	<input type="checkbox"/> chronische Bronchitis
Leber	<input type="checkbox"/> Gallensteine	<input type="checkbox"/> Hepatitis	<input type="checkbox"/> Zirrhose
Nieren	<input type="checkbox"/> Nierensteine	<input type="checkbox"/> Dialysepflichtigkeit	
Magen/Darm	<input type="checkbox"/> Sodbrennen/Reflux	<input type="checkbox"/> Verdauungsstörungen	
Stoffwechsel	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Schilddrüsenunterfunktion	<input type="checkbox"/> Schilddrüsenüberfunktion
Nerven/Gemüt	<input type="checkbox"/> Depressionen	<input type="checkbox"/> Epilepsie	<input type="checkbox"/> Angstzustände
Skelettsystem	<input type="checkbox"/> Muskelschwäche	<input type="checkbox"/> Bandscheibenbeschwerden	
Blut	<input type="checkbox"/> Gerinnungsstörungen	<input type="checkbox"/> Nachbluten bei Operationen	
Infektionserkrankungen	<input type="checkbox"/> HIV	<input type="checkbox"/> Hepatitis	
Knochen	<input type="checkbox"/> Osteoporose	<input type="checkbox"/> Biphosphonatbehandlung	
Bestehen Allergien?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Welche? _____	
Besteht eine ADS/ADHS-Erkrankung?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Wird diese behandelt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Sonstige	_____		

Gab es Unfälle im Kopf-Gesichtsbereich mit Zahnschädigungen? Wenn ja, wann? _____

Sind Sie/Ihr Kind häufig erkältet? Ja Nein

Ist die Nasenatmung erschwert? bzw. schnarcht der Patient Ja Nein

Haben Sie/Ihr Kind Probleme bzgl. der Sprachentwicklung? Lispeln Stottern

Fand eine logopädische Behandlung statt? Ja Nein

Gibt es Probleme im Kiefergelenksbereich? Knacken Reiben Schmerzen

Besteht Bleistiftkauen Nägelkauen Lippenbeißen ?

Wie häufig werden Softdrinks, Saftschorlen, Energydrinks konsumiert?

täglich mehrmals täglich 1 x pro Woche oder weniger mehrmals wöchentlich

WIE SIND SIE AUF UNS AUFMERKSAM GEWORDEN?

Empfehlung von _____ Telefonbuch Internet Sonstiges

Überweisung von _____

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass im Rahmen der kieferorthopädischen Behandlung notwendige Röntgenunterlagen bei mir bzw. meinem Kind angefertigt werden dürfen.

Ich versichere hiermit die Richtigkeit und Vollständigkeit der von mir angegebenen Daten und werde bei Änderung des Gesundheitszustandes, Änderungen in den Kontaktdaten sowie in der Versicherung diese unverzüglich und ohne Aufforderung mitteilen.

Information über E-Mail zur Terminerinnerung

Wir bieten Ihnen einen Erinnerungsservice für Ihren Behandlungstermin an. Mit Ihrer Unterschrift auf diesem Anamnesebogen geben Sie uns eine schriftliche Einwilligung, dass Sie von uns bis auf Widerruf an Ihren Termin erinnert werden möchten.