

Herzlich willkommen in unserer Praxis!

Bevor wir uns in Ruhe über Ihre kieferorthopädischen Wünsche oder Sorgen unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine adäquate und risikofreie Behandlung. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Mit Ihrer Unterschrift erklären Sie die Richtigkeit und Vollständigkeit Ihrer Angaben, sowie Ihr Einverständnis, bei festgestellter Behandlungsbedürftigkeit die diagnostischen Unterlagen in dieser Praxis erstellen zu lassen. Dazu zählen Abformungen beider Kiefer, Fotografien und zwei Röntgenbilder.

Patient

Herr/Frau/Kind

Name	Vorname	geb.
------	---------	------

Versicherter

Name	Vorname	geb.
------	---------	------

Anschrift

Straße	Nr.	Telefonnummer
--------	-----	---------------

Postleitzahl	Ort	Handy-Nr.
--------------	-----	-----------

Krankenkasse/ Versicherung

Beruf (Eltern bzw. Patient)

Information für gesetzlich Versicherte Patienten

Wir benötigen die elektronische Krankenversichertenkarte bei jedem Besuch in der Praxis. Liegt sie uns auch 10 Tage nach der Behandlung nicht vor, so betrachten wir Sie als Privatpatient und Sie erhalten eine Rechnung nach der GOZ.

Bestellpraxis

Wir sind immer bemüht, Ihnen lange Wartezeiten zu ersparen. Deshalb bitten wir Sie, vereinbarte Termine frühzeitig abzusagen, falls Sie diese nicht einhalten können.

Anamnesebogen

Zahnarzt

Name _____

Ort _____

Telefonnummer (falls bekannt) _____

**Nehmen Sie regelmäßig
Medikamente ein?**

Nein

Ja _____

Besitzen Sie einen Allergiepass?

Nein

Ja

**Bestehen Allergien?
(Angabe bitte auch bei Verdacht)**

Nein

Ja _____

**Besteht bei Ihnen eine
Diabeteserkrankung?**

Nein

Ja, Typ: _____

**Hatten Sie schon
Ohnmachtsanfälle?**

Nein

Ja _____

**Leiden Sie unter epileptiformen
Anfällen oder Krämpfen?**

Nein

Ja _____

Liegt eine Blutungsneigung vor?

Nein

Ja _____

**Leiden Sie unter folgenden
Infektionskrankheiten?**

Aphthen

Nein

Ja

Leberentzündung/Gelbsucht
(Hepatitis A/B)

Nein

Ja

Tuberkulose

Nein

Ja

HIV/Aids

Nein

Ja

**Wurden Sie in den letzten
12 Monaten im Kopf-Kiefer-
Zahnbereich geröntgt?**

Nein

Ja _____

Besteht eine Schwangerschaft?

Nein

Ja, Monat: _____

**Wie verlief Ihre Geburt?
Gab es Komplikationen?**

Nein

Ja

Wenn ja, welche? _____

Kam es in den ersten Lebensjahren zu....

- Schlafstörungen? Nein Ja
Schrei-Phasen? Nein Ja
einem KISS-Syndrom? Nein Ja
Sonstige Besonderheiten?
-

Bestehen folgende Verhaltensmuster?

- Hyperaktivität Nein Ja
ADS / ADHS Nein Ja
Wenn ja, nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Welche Medikamente?
-

Leiden Sie unter Asthma?

- Wenn ja, verwenden Sie ein Notfallspray? Nein Ja

Atmen Sie größtenteils durch den Mund?

- Nein Ja

Wurden Sie im HNO-Bereich operiert?

- Nein Ja

Wenn ja, weshalb und wann?

Leiden Sie unter....

- häufigen Kopfschmerzen? Nein Ja
Migräne? Nein Ja
sonstigen chronischen Schmerzen? Nein Ja, _____
Haltungsproblemen? Nein Ja

Tragen Sie Einlegesohlen?

- Nein Ja

Sonstige orthopädische Auffälligkeiten?

Wurde bereits eine kieferorthopädische Behandlung durchgeführt?

- Nein Ja

Wenn ja, wann und wo?

Gab es Verletzungen/Operationen im Kopf-Kiefer-Zahnbereich?

Möchten Sie sonst noch etwas erwähnen?

**Bitte teilen Sie uns Änderungen der obigen Angaben sofort mit.
Vielen Dank für Ihre Mithilfe.**

Datum

Unterschrift