

**Herzlich willkommen in unserer Fachpraxis für Kieferorthopädie!**

Bevor wir uns in Ruhe über die kieferorthopädischen Belange unterhalten, benötigen wir neben den Personalien auch Auskünfte über Ihren Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine gute, individuelle Behandlung. Unter bestimmten Umständen leiten wir Ihre Befunde auch an Ihre Krankenkasse/Versicherung bzw. Gutachter weiter.

Patient: \_\_\_\_\_

Name	Vorname	Geb.datum/Geb.ort
------	---------	-------------------

Versicherter: \_\_\_\_\_

Name	Vorname	Geb.datum
Straße	Hausnummer	Tel. privat
PLZ	Wohnort	Tel. mobil
Beruf	E-Mail-Adresse	Beihilfeberechtigt? ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Krankenkasse/Versicherung _____		

Wer ist Ihr Zahnarzt/ Ihre Zahnärztin? \_\_\_\_\_

Wie sind Sie zu uns gekommen? Zahnarzt  Freunde  Internet  Anzeige  Sonstiges

Sind Sie zurzeit in ärztlicher Behandlung? nein  ja  Grund: \_\_\_\_\_

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? nein  ja  Medikament: \_\_\_\_\_

Liegen Allergien vor (besonders auf Nickel bzw. Kunststoffe, z.B. Latex)? nein  ja  Welche? \_\_\_\_\_

Hatten bzw. haben Sie folgende Erkrankungen:

Nierenleiden <input type="checkbox"/>	Hepatitis <input type="checkbox"/>	HIV <input type="checkbox"/>	Blutgerinnungsstörungen <input type="checkbox"/>	Epilepsie <input type="checkbox"/>
Diabetes <input type="checkbox"/>	Tuberkulose <input type="checkbox"/>	Asthma <input type="checkbox"/>	Rachitis <input type="checkbox"/>	Herzleiden <input type="checkbox"/>
				Rheuma <input type="checkbox"/>

Traten bislang Sprach- oder Hörprobleme auf? nein  ja  Therapie: \_\_\_\_\_

Sind bei einem Unfall Zähne beschädigt worden? nein  ja  Wann? \_\_\_\_\_ Therapie: \_\_\_\_\_

Wurden Mandeln und/oder Polypen entfernt (Zutreffendes unterstreichen)? nein  ja

Ist Ihre Nasenatmung beeinträchtigt? nein  ja

Schlafen Sie mit offenem Mund? nein  ja

Spielen Sie ein Blasinstrument? nein  ja

Wann und an welchem Körperteil wurde die letzte Röntgenuntersuchung durchgeführt? \_\_\_\_\_

Wann wurde die letzte Röntgenuntersuchung im Kopfbereich durchgeführt? \_\_\_\_\_

Besteht eine Schwangerschaft? nein  ja

Waren/Sind Sie bereits in kieferorthopädischer Behandlung? nein  ja

Praxis \_\_\_\_\_ von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ / seit \_\_\_\_\_

Ich bestätige die Richtigkeit meiner Angaben und teile Änderungen unverzüglich mit. Ich stimme zu, dass meine Behandlung in einem offenen Behandlungszimmer erfolgen kann.

Ort, Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \*

\*Unterzeichnet bei minderjährigen Kindern ein Elternteil allein, so sichert er ausdrücklich zu, dass die Einwilligung des anderen Sorgeberechtigten ebenfalls vorliegt.