

## HERZLICH WILLKOMMEN IN UNSERER PRAXIS

Bevor wir uns mit Ihnen über Ihre kieferorthopädischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Angaben über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine adäquate und risikoarme Behandlung. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

### Patientendaten

Name des Patienten: \_\_\_\_\_  
 geb. am: \_\_\_\_\_  
 Geburtsort: \_\_\_\_\_  
 Anschrift: \_\_\_\_\_

Name der Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Bitte bei einer gesetzlichen Kasse angeben:

Pflichtversichert? **ja** [ ] **nein** [ ]  
 Freiwillig versichert? **ja** [ ] **nein** [ ]  
 Privat zahnärztlich zusatzversichert? **ja** [ ] **nein** [ ]  
 Haben Sie die Kostenerstattung gewählt? **ja** [ ] **nein** [ ]

Bitte bei einer Privatversicherung angeben:

Standardtarif? **ja** [ ] **nein** [ ]  
 Basistarif? **ja** [ ] **nein** [ ]  
 Studentisch versichert? **ja** [ ] **nein** [ ]  
 Beihilfeberechtigt? **ja** [ ] **nein** [ ]

Telefon: \_\_\_\_\_  
 Fax: \_\_\_\_\_  
 Mobil: \_\_\_\_\_  
 Telefon Büro: \_\_\_\_\_  
 E-Mail Adresse: \_\_\_\_\_  
 Beruf: \_\_\_\_\_

### Versichertendaten (sofern diese von den Patientendaten abweichen)

Rechnung an Patienten oder Versicherten? \_\_\_\_\_  
 Versicherter: \_\_\_\_\_  
 geb. am: \_\_\_\_\_  
 Anschrift: \_\_\_\_\_

### Weitere Angaben

Arbeitgeber: \_\_\_\_\_  
 Anschrift des Arbeitgebers: \_\_\_\_\_

Haben Sie Interesse an regelmäßiger Vorsorge,  
 um erneute Erkrankungen zu vermeiden? **ja** [ ] **nein** [ ]

An welchen Wochentagen zu welcher Zeit möchten Sie am liebsten behandelt werden?

Wochentag: 1. \_\_\_\_\_ Zeit: 1. \_\_\_\_\_  
 2. \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_  
 3. \_\_\_\_\_ 3. \_\_\_\_\_

Termine, die ich nicht einhalten kann, werde ich spätestens 24 Stunden vorher absagen, da ansonsten die durch mein Fernbleiben entstandenen Kosten in Rechnung gestellt werden können.

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

Seite 1

### Ärztliche Anamnese

Ist der/die Patient/in in ärztlicher Behandlung? ja [ ] nein [ ]  
Wenn ja, bei wem?

---

Ist oder war der/die Patient/in in logopädischer  
Behandlung? ja [ ] nein [ ]  
Wenn ja, bei wem?

---

Werden regelmäßig Medikamente eingenommen? ja [ ] nein [ ]  
Wenn ja, welche?

---

Wurden bisher Operationen durchgeführt? ja [ ] nein [ ]  
Wenn ja, welche?

---

Bestehen schwerwiegende Erkrankungen (z.B. Asthma,  
Diabetes, Rheuma)? ja [ ] nein [ ]  
Wenn ja, welche?

---

Bestehen Allergien? ja [ ] nein [ ]  
Wenn ja, welche?

---

Treten häufig Kopfschmerzen auf? ja [ ] nein [ ]

---

### Röntgen

Wurde der/die Patient/in in den letzten zwölf Monaten  
geröntgt? ja [ ] nein [ ]  
Wenn ja, wo?

---

### Zahnärztliche Anamnese

Wer ist Ihr Hauszahnarzt?

---

Durchbruch des ersten Milchzahnes?

---

Durchbruch des ersten bleibenden Zahnes?

---

War der/die Patient/in schon einmal in  
kieferorthopädischer Behandlung? ja [ ] nein [ ]  
Wenn ja, wo?

---

Waren oder sind Geschwister in kieferorthopädischer  
Behandlung? ja [ ] nein [ ]

Hat ein Elternteil eine Zahn- bzw. Kieferfehlstellung?  
Beschwerden beim Kauen? ja [ ] nein [ ] ja [ ] nein [ ]

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

- |   |        |          |
|---|--------|----------|
| Knirscht der/die Patient/in mit den Zähnen?                                     | ja [ ] | nein [ ] |
| Knacken im Kiefergelenk?  | ja [ ] | nein [ ] |
| Liegen Sprachstörungen wie Stottern, Lispeln oder Näseln vor?                   | ja [ ] | nein [ ] |
| Sind drei oder mehr Zähne gefüllt oder defekt?                                  | ja [ ] | nein [ ] |
| Sind schon Zähne durch Karies verloren gegangen?                                | ja [ ] | nein [ ] |
| Ist das Zahnfleisch oft gerötet, entzündet oder blutig (z.B. beim Zähneputzen)? | ja [ ] | nein [ ] |

**Gewohnheiten**

- |  |        |          |
|--|--------|----------|
| Schnuller?   | ja [ ] | nein [ ] |
| Lutschen?  | ja [ ] | nein [ ] |
| Lippenbeißen?  | ja [ ] | nein [ ] |
| Nägelkauen?  | ja [ ] | nein [ ] |
| Wird häufig geschnarcht oder durch den Mund geatmet?       | ja [ ] | nein [ ] |
| Putzt der/die Patient/in unaufgefordert täglich die Zähne? | ja [ ] | nein [ ] |
| Spielt der/die Patient/in ein Instrument?                  | ja [ ] | nein [ ] |
| Wenn ja, welches?  |        |          |

- 
- |   |        |          |
|---|--------|----------|
| Betreibt der/die Patient/in eine Sportart intensiv? | ja [ ] | nein [ ] |
| Wenn ja, welche?                                    |        |          |
- 

**Anlass für die kieferorthopädische Behandlung**

- |                               |        |          |
|-------------------------------|--------|----------|
| Verbesserung der Kaufunktion? | ja [ ] | nein [ ] |
| Verbesserung der Sprache?     | ja [ ] | nein [ ] |
| Verbesserung des Aussehens?   | ja [ ] | nein [ ] |
| Sonstige Gründe?              | ja [ ] | nein [ ] |
| Wenn ja, welche?              |        |          |
- 

Überweisung erfolgte durch:

---

Wo hält sich der/die Patient/in tagsüber überwiegend auf?

---

- |  |        |          |
|--|--------|----------|
| Ist der/die Patient/in selbst an einer Gebissregulierung interessiert? | ja [ ] | nein [ ] |
|--|--------|----------|

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

Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_