



Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
herzlich willkommen in unserer kieferorthopädischen Praxis.

Zur Anlage der persönlichen Behandlungskartei und im Interesse einer komplikationslosen Behandlung benötigen wir einige Angaben. Wir bitten daher die folgenden Fragen vollständig und richtig zu beantworten. Alle Angaben unterliegen nach § 203 StGB der ärztlichen Schweigepflicht.

Patient

Name	
Vorname	Geburtsdatum
Straße, Hausnummer	
PLZ, Ort	
E-Mail	
Telefon	
Zahnarzt (Name, Ort)	
Hausarzt/Kinderarzt (Name, Ort)	

Hauptversicherter (falls abweichend)

Name		
Vorname	Geburtsdatum	
Straße, Hausnummer		
PLZ, Ort		
Arbeitgeber		
Welcher Elternteil ist erziehungsberechtigt?		
<input type="checkbox"/> Mutter	<input type="checkbox"/> Vater	<input type="checkbox"/> beide
Vor- und Nachname eines erziehungsberechtigten Elternteils		

Versicherung

Krankenkasse			
<input type="checkbox"/> gesetzlich versichert	<input type="checkbox"/> privat versichert	<input type="checkbox"/> zusatzversichert	<input type="checkbox"/> beihilfeversichert

Bitte ergänzen, sofern Patient und Mitglied der Versicherung nicht identisch sind

Name	Vorname	Geburtsdatum	Geburtsort
Straße, Hausnummer		PLZ, Ort	

Kontakt zu uns durch:

<input type="checkbox"/> Google	<input type="checkbox"/> Überweisung durch	<input type="checkbox"/> Werbung
<input type="checkbox"/> persönliche Empfehlung	<input type="checkbox"/> Jameda	<input type="checkbox"/> Sonstiges



Der Grund des Besuchs in unserer Praxis?	<input type="checkbox"/> Erstberatung	<input type="checkbox"/> zweite Meinung	<input type="checkbox"/> Invisalign
Besteht derzeit eine kieferorthopädische Beratung bzw. Behandlung?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="text"/> Wenn ja, wo und von wann bis wann?	
Bestehen Röntgenaufnahmen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="text"/> Wenn ja, wann und was?	
Waren oder sind Geschwister in kieferorthopädischer Behandlung?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Gab es Mund- oder Kieferoperationen bzw. Unfälle?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Werden derzeit Medikamente eingenommen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="text"/> Wenn ja, welche?	
Bestehen Allergien oder Unverträglichkeiten?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="text"/> Wenn ja, welche?	
Kommt es häufiger zu Erkältungskrankheiten? (Schnupfen, Angina, Bronchitis?)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Bestehen andere Erkrankungen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="text"/> Wenn ja, welche?	
Besteht eine derzeitige ärztliche Behandlung?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="text"/> Wenn ja, bei wem und weshalb?	
Gab es eine ärztliche Behandlung bei einem HNO-Arzt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="text"/> Wenn ja, bei wem und weshalb?	
Wurde dabei eine der Behandlungen durchgeführt?	<input type="checkbox"/> Mandeln entfernt	<input type="checkbox"/> Polypen entfernt	
	<input type="checkbox"/> Korrektur Nasenscheidewand		
Besteht eine Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Liegen Sprachstörungen vor?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Wurde als Kleinkind am Daumen gelutscht?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="text"/> Wenn ja, bis zu welchem Alter?	
Erfolgt im Allgemeinen die Atmung über den Mund?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Wird mit offenem Mund geschlafen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Ist eine Zahnunter- oder -überzahl bekannt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Besteht Interesse an einer Gebissregulierung?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Sind in der Familie Gebissunregelmäßigkeiten bekannt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Bestehen sonstige zahnmedizinische Probleme? (z. B. Kiefergelenk-Knacken, Knirschen?)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="text"/> Wenn ja, welche?	
Kommt eine feste Spange in Frage?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Besteht Interesse an zahnschonenden Materialien/ Behandlungstechniken, auch wenn diese nur zum Teil von der Krankenkasse übernommen werden?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		