

## Liebe Patientin, lieber Patient,

bevor wir uns in Ruhe über Ihre Wünsche in Bezug auf eine kieferorthopädische Behandlung unterhalten, benötigen wir neben den Angaben zu Ihrer Person auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Daher bitten wir Sie, diesen Erhebungsbogen auszufüllen. Alle Angaben werden vertraulich behandelt und unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

## Persönliches

Name / Vorname \_\_\_\_\_

Straße / Nr. \_\_\_\_\_ PLZ / Ort: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Geburtsort \_\_\_\_\_

Tel. Festnetz \_\_\_\_\_ Tel. mobil \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

Krankenkasse / private Krankenversicherung \_\_\_\_\_

gesetzlich versichert  ja  nein Zusatzversicherung  ja  nein

privat versichert  ja  nein beihilfeberechtigt  ja  nein Basistarif  ja  nein

## Bei Kindern, bzw. wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmitglied sind, wer ist Versicherter?

Name / Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Straße / Nr. \_\_\_\_\_ PLZ / Ort \_\_\_\_\_

## Wer ist Ihr Zahnarzt?

Name \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_

## Grund/Gründe für den Besuch in unserer Praxis

- Überweisung durch den Zahnarzt  Ästhetische Einschränkungen  Beratung  „zweite Meinung“  
 Funktionelle Einschränkungen (Schmerzen/Knacken Kiefergelenk, erschwertes Abbeißen/Kauen, Zähneknirschen)

## Fragen zur Zahngesundheit

Wann war der letzte Zahnarztbesuch? \_\_\_\_\_

Wurde bereits eine kieferorthopädische Behandlung durchgeführt? Wenn ja, wo? \_\_\_\_\_ wann? \_\_\_\_\_

Liegt oder lag ein Zahnunfall (abgebrochene/ausgeschlagene Zähne) vor? \_\_\_\_\_

Liegen oder lagen Knochenbrüche im Mund-, Kiefer-, Gesichtsbereich vor? Wenn ja, wo? \_\_\_\_\_

Stellen Sie Zähneknirschen fest? \_\_\_\_\_

## Röntgen

Wurden in den letzten 12 Monaten Röntgenaufnahmen erstellt? Wenn ja, bei wem? \_\_\_\_\_

Welche Bereiche wurden geröntgt? \_\_\_\_\_

## Fragen zur Allgemeingesundheit

### Bestehen Allergien gegen

- Paracetamol     Ibuprofen     Metalle     Antibiotika (z. B. Penicillin)? Wenn ja, wogegen? \_\_\_\_\_
- Medikamente/Spritzen (Lokalanästhetika)? Wenn ja, wogegen? \_\_\_\_\_
- Andere \_\_\_\_\_

### Bestehen oder bestanden Erkrankungen wie

- Diabetes                       Asthma
- Zahnfleischbluten             Ohrensausen/Tinnitus
- Osteoporose                   Epilepsie
- Tuberkulose                   HIV (AIDS)
- Hepatitis, Typ:                 A     B     C
- Herz-, Kreislaufferkrankungen, welche? \_\_\_\_\_
- Bluterkrankungen, welche? \_\_\_\_\_
- Schilddrüsenerkrankungen, welche? \_\_\_\_\_
- Andere Erkrankungen, welche? \_\_\_\_\_

### Medikamente: Nehmen Sie ...

- Herzmedikamente               Cortison (Kortikoide)
- Schmerzmittel                   Antidepressiva
- blutverdünnende Medikamente, z.B. Marcumar®, ASS?
- Andere: \_\_\_\_\_

### Besteht

- hoher Blutdruck?
- niedriger Blutdruck?

### Behandlung von Erwachsenen

Rauchen Sie?                       ja     nein

### Für unsere Patientinnen

Sind Sie schwanger?     ja     nein    Woche: \_\_\_\_\_

Ist die Periode bereits eingetreten?  ja  nein seit: \_\_\_\_\_

### Behandlung von Kindern/Jugendlichen

#### Bestehen Angewohnheiten wie

- Daumenlutschen?               Gebrauch des Schnullers?     Nägelkauen?                       Lippen-/Zungenbeißen?
- Überwiegende Mundatmung/häufig offener Mund?     Bestehen Sprachfehler (z. B. Lispeln)?
- Spielt Ihr Kind ein Blasinstrument? \_\_\_\_\_
- Hat ein Elternteil bzw. ein Geschwisterkind eine Zahn-/Kieferfehlstellung? \_\_\_\_\_

### Hinweise zur Organisation

Sie können einen Termin nicht einhalten? Bitte sagen Sie ihn mindestens 24 Stunden vorher ab. Vielen Dank!

### In eigener Sache

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

- Empfehlung     Telefonbuch                       Zeitungsanzeige                   Überweisung von \_\_\_\_\_
- Internet, über die Website \_\_\_\_\_  Sonstiges \_\_\_\_\_

Datum

Unterschrift