

Name des Patienten:

**Anmeldung zur kieferorthopädischen Beratung**

Zahlungspflichtiger :

Vorname : ..... geb.: .....  
Straße: .....  
PLZ: ..... Ort: .....  
Tel. priv.: ..... Tel.Nr.Arb.: .....  
Pflichtversichert:  Freiwillig  
versichert

Überweisender Zahnarzt: ..... Email:.....

Hausarzt: .....

Leidet oder litt der Patient an einer der folgenden Krankheiten?

- |   |                          |  |                          |
|---|--------------------------|--|--------------------------|
| Asthma  | <input type="checkbox"/> | Herzfehler   | <input type="checkbox"/> |
| Anfallsleiden (Epilepsi)                            | <input type="checkbox"/> | Tuberkulose  | <input type="checkbox"/> |
| Blutkrankheit                                       | <input type="checkbox"/> | Schilddrüsenerkrankung                                       | <input type="checkbox"/> |
| Blutübertragung                                     | <input type="checkbox"/> | Bei weiblichen Patienten: Sind Sie schwanger?                | <input type="checkbox"/> |
| Rheuma  | <input type="checkbox"/> | Bei Mädchen: besteht die Regelblutung? – seit wann?<br>..... |                          |
| Gelbsucht   | <input type="checkbox"/> | Sonstige Erkrankungen .....                                  |                          |
| AIDS  | <input type="checkbox"/> | Krankenhausaufenthalte<br>.....                              |                          |
| Zuckerkrankheit                                     | <input type="checkbox"/> | Medikamenteneinnahme<br>.....                                |                          |
| Heuschnupfen / Allergie<br>wenn ja, gegen was ..... | <input type="checkbox"/> |  |                          |

**Liebe Patienten,**

**bitte nehmen Sie sich etwas Zeit, um diesen Bogen auszufüllen.** Sie ersparen sich und uns unnötige Nachfragen. Sollte Ihnen eine Frage unklar sein, werden unsere Mitarbeiterinnen Ihnen gerne weiterhelfen.

Wer hat Sie auf die Zahnstellung aufmerksam gemacht? .....

Hat der Patient selbst schon einmal eine Spange getragen?

Wann?.....

Name und Adresse des Vorbehandlers: .....

Wurde ein anderes Familienmitglied wegen einer ähnlichen Zahn- bzw. Kieferstellung kiefer-Orthopädisch behandelt? Wer?

Atmet der Patient durch den Mund  ... oder durch die Nase  ?

Schläft der Patient mit offenem Mund? ja  oder nein ....  ?

Sind die Mandeln oder Polypen entfernt worden? Wenn ja, wann?

Hat der Patient Daumen, Finger oder Schnuller gelutscht? Wie viele Stunden am Tag?

Beißt sich der Patient auf die Lippen, Wangen oder Zunge oder kaut er an den Fingernägeln, Bleistift, Bettzipfel o.ä.?

Knirscht der Patient am Tag oder in der Nacht mit den Zähnen? .....

Hat der Patient Schmerzen beim Kauen oder knackt das Kiefergelenk? .....

Zeigt der Patient Besonderheiten beim Sprechen (z.B. Lispeln)? .....

Wurde er deswegen logopädisch behandelt? .....

Hat sich der Patient einmal einen Zahn an- oder ausgeschlagen? Wann? .....

Wann wurden die letzten Röntgenaufnahmen der Zähne oder Kiefer gemacht? .....

Welche Hobbies hat der Patient (Musik oder Sport sind bes. behandlungsrelevant)? .....

War der Patient schon einmal in krankengymnastischer Behandlung? .....

Weshalb?

Homburg \_\_\_\_\_(Unterschrift)