

Anmeldung zur kieferorthopädischen Beratung

Datum: _____

Patient: _____, _____
(Nachname) (Vorname)

Geburtsdatum: _____ Alter: _____ Jahre und _____ Monate

Anschrift: _____
(Strasse) PLZ (Ort)

Tel. privat: _____ Tel. geschäftl: _____ ggf. Mobil: _____

Haupt- Versicherter: _____, _____
(Nachname) (Vorname)

Geburtsdatum des Haupt- Versicherten: _____

Arbeitgeber: _____

Name d. Mutter des Pat.: _____ Geb-Datum: _____

Name d. Vaters des Pat.: _____ Geb-Datum: _____

Nur ausfüllen, falls o.g. Anschrift abweichend:

Anschrift: _____
(Strasse) PLZ (Ort)

Angaben zur Krankenversicherung:

Ich bin Mitglied der folgenden gesetzlichen Krankenversicherung: _____

Ich bin bei folgender Krankenkasse privat versichert: _____

Sind Sie beihilfeberechtigt ? Ja Nein

Wer ist der Zahnarzt ? _____

Weshalb möchten Sie sich beraten lassen ?

Auf Anraten des Zahnarztes Wunsch der Eltern Wunsch des Kindes

Wie sind Sie auf unsere Praxis gekommen (Telefonbuch, Empfehlung o.ä.) ? _____

Spielt der Patient ein Blasinstrument oder ist das geplant? Welches ? Ja Nein _____

Bestehen oder bestanden bei dem Patienten folgende Krankheiten (Zutreffendes bitte ankreuzen) ?

Asthma	Rachitis	Hepatitis (Leberentzündung)
Tuberkulose	Drüsenstörung	HIV / Aids
Rheuma	Wachstumsstörungen	Häufige Erkältungen
Epilepsie	Diabetes	Blutgerinnungsstörungen
Herzkrankheiten		

Ständig eingenommene Medikamente: _____

Bestehen Allergien (z.B. gegen Medikamente, Nickel, Chrom, Latex o.ä.) ? Wenn ja, gegen was ?

Ist ein Allergiepass vorhanden ? nein ja

Sonstige (ansteckende) Krankheiten / Operationen / Behinderungen / Syndrome: _____

Bei Mädchen: Erfolgte die erste Regelblutung (Menarche) bereits ? Ja , mit _____ Jahren. Nein.

-> dieser Zeitpunkt steht in engem Zusammenhang mit dem maximalen Körper- und Gesichtsschädelwachstum.

Sind Mandeln und /oder Polypen entfernt worden ? Wenn ja, wann ? nein ja _____

Kam der erste Milchzahn ungewöhnlich spät ? Falls ja, wann ? nein ja _____

Fiel der erste Milchzahn ungewöhnlich spät aus ? Falls ja, wann ? nein ja _____

Ist Ihnen etwas bekannt über fehlende, überzählige oder verlagerte Zähne ? nein ja _____

Hat der Patient Daumen oder Finger gelutscht ? Bis wann ? nein ja _____

Hat der Patient einen Schnuller gehabt ? Bis wann ? nein ja _____

Knirscht der Patient mit den Zähnen ? Tags ? Nachts ? nein ja _____

Beisst der Patient auf die Lippen ? nein ja _____

Atmet der Patient mehr durch den Mund als durch die Nase ? Tags ? Nachts ? nein ja _____

Knackt das Kiefergelenk beim Öffnen oder Schliessen des Mundes ? nein ja _____

Hatte der Patient je einen Unfall im Kopfbereich ? Wenn ja, wann ? nein ja _____

Hat der Patient einen Sprachfehler (z.B. Lispeln) ? nein ja _____

Wurde deshalb bereits eine logopädische Behandlung durchgeführt ? Wann ? nein ja _____

Fand andernorts bereits eine kieferorthopädische Beratung statt oder wurden

Unterlagen (Röntgenbilder, Modelle, Behandlungsplan) erstellt ? Wenn ja, wo ? nein ja _____

Erfolgte früher bereits eine kieferorthopädische Behandlung ? Wenn ja, wo ? nein ja _____

Hat jemand in der Familie eine ähnliche Zahnstellung ? Wer ? nein ja _____

Sind / waren Geschwister des Patienten in kieferorthopädischer Behandlung ? nein ja _____

Gibt es ein Röntgennachweisheft ? Bitte abgeben, wenn hier geröntgt wird ! nein ja? _____

Sind bei dem Patienten in den letzten Jahren Röntgenaufnahmen erstellt oder

Strahlenbehandlungen durchgeführt worden ? Wenn ja, welche ? nein ja _____

Hinweis für schwangere Patientinnen: Bitte informieren Sie uns im Falle einer Schwangerschaft !

Besondere Hobbys / Sportarten des Patienten: _____

Was fiel Ihnen beim ersten Besuch in unserer Praxis positiv auf ?

Was können wir verbessern ? _____

Unterschrift: _____