

## Liebe Patientin, lieber Patient!

Vielen Dank, dass Sie uns Ihre Zahngesundheit anvertrauen.

Wir freuen uns sehr, Sie bei uns in der Praxis begrüßen zu dürfen. Wir benötigen neben Ihren Personalien auch Angaben über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Ihre persönlichen Daten unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und werden vertraulich behandelt. Bei Fragen helfen wir Ihnen gerne weiter.

### PERSÖNLICHE DATEN

Vorname	Nachname
Straße	PLZ, Ort
Geb. Datum	Geschlecht <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> d
Tel. privat	Mobil
E-Mail	
Beruf (freiwillige Angabe)	Telefon (tagsüber)

### KRANKENVERSICHERUNG

<input type="checkbox"/> privat bei	<input type="checkbox"/> beihilfeberechtigt
<input type="checkbox"/> gesetzlich bei	
<input type="checkbox"/> private Zusatzversicherung für Zahnmedizin/Kieferorthopädie	

### DATEN DER/S HAUPTVERSICHERTEN

Bitte nur ausfüllen, wenn die Angaben von Ihren persönlichen Daten abweichen.

Vorname	Nachname
Straße	PLZ, Ort
Geb. Datum	Geschlecht <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> d

### HINTERGRUNDINFORMATIONEN

#### Name des/r behandelnden Zahnarztes/Zahnärztin

Soll Ihr/e Zahnarzt/Zahnärztin einen Arztbrief mit Informationen über Ihre Untersuchung erhalten?  Ja  Nein

Überwiesen/empfohlen von	<input type="checkbox"/> Zahnarzt/Zahnärztin	<input type="checkbox"/> Familie/Freunde/Bekannte	
Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?	<input type="checkbox"/> Webseite	<input type="checkbox"/> Google	<input type="checkbox"/> Empfehlung von _____
	<input type="checkbox"/> Praxisschild	<input type="checkbox"/> Telefonbuch	<input type="checkbox"/> Sonstiges _____

Waren Sie oder sind Sie bereits in kieferorthopädischer Behandlung? Wenn ja, wo?

Ja  Nein

Wurden Sie schon kieferorthopädisch beraten? Wenn ja, wo?

Ja  Nein

Sind in der letzten Zeit Röntgenaufnahmen angefertigt worden? Wenn ja, wann und welche?

Ja  Nein

## GESUNDHEITLICHE FRAGEN

**Leiden Sie an einer der folgenden Krankheiten?**

Ja  Nein

Herz-Kreislauf-Erkrankungen

Diabetes

Erkältungskrankheiten

CMD

Allergien

Infektionskrankheiten

Hepatitis

HIV / Aids

Epilepsie

Welche Allergien (z.B. gegen Nickel oder andere Metalle, Latex, etc.)?

Sonstige Krankheiten oder psychische Einschränkungen?

Rauchen Sie?

Ja  Nein

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

Ja  Nein

Wenn ja, welche?

Hatten Sie Unfälle mit Zahnbeteiligung? Wenn ja, wann? \_\_\_\_\_

Ja  Nein

Besteht bei Ihnen eine Schwangerschaft? Wenn ja, in welcher SSW befinden Sie sich? \_\_\_\_\_

Ja  Nein

Knirschen Sie mit den Zähnen?

Ja  Nein

Schnarchen Sie?

Ja  Nein

Sind in Ihrer Familie Auffälligkeiten in der Zahn-/Gebissentwicklung bekannt (z.B. Zahnunterzahl, Verlagerung von Zähnen im Kiefer)? Wenn ja, welche?

Ja  Nein

## MEINE VORSTELLUNGEN

**Was erwarten Sie von einer kieferorthopädischen Behandlung?**

gerade ausgerichtete Zähne

längere Lebensdauer der Zähne

besseres Kauvermögen

besseres Sprechvermögen

Beseitigung von Schmerzen

Sonstiges \_\_\_\_\_

**Was stört Sie an Ihrer Zahn- und Kieferstellung am meisten?**

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass im Rahmen der kieferorthopädischen Behandlung notwendige Röntgenuntersuchungen bei mir gemacht werden. Sie werden von uns vorher immer noch einmal informiert! Ich willige hiermit ein, dass die kieferorthopädische Praxis Befunde und Behandlungsdaten (beispielsweise vorhandene Röntgenbilder) bei weiteren Leistungserbringern (Zahnarzt/Zahnärztin bzw. Hausarzt/Hausärztin) einholt und vor Ort erhobene Befunde mitbehandelnden Ärzten/Ärztinnen übermittelt.

Bitte teilen Sie uns Änderungen Ihrer Anschrift oder anderer Angaben rechtzeitig mit! Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben.

Ort, Datum

Unterschrift des/r Patienten/Patientin