

Persönliche Daten

Patient:

Name: _____

Vorname: _____

Geb.: _____

Straße/Nr.: _____

PLZ/ Ort: _____

E-Mail: _____

Mobil: _____

(Telefonnummer, bei der Sie im Notfall IMMER erreichbar sind, Änderungen sind mitzuteilen)

Krankenkasse: _____

Schule: _____

HausZahnarzt: _____

HausArzt: _____

Versicherter/ Erziehungsberechtigter:

Name: _____

Vorname: _____

Geb.: _____

Straße/Nr.: _____

PLZ/ Ort: _____

E-Mail: _____

Mobil: _____

Beruf: _____

Arbeitgeber: _____

Hiermit willige ich ein, dass die zur kieferorthopädischen Behandlung und Abrechnung erforderlichen persönlichen Daten erhoben und gespeichert werden.
Die gesetzlich vorgeschriebene Datenschutzerklärung können Sie jederzeit
Unter www.zahnschieber.de / Impressum
einsehen.

Datum

Unterschrift Versicherter/ Erziehungsberechtigter

Herzlich Willkommen in unserer Praxis!

	Ja	Nein
I. Allgemeine & Familienanamnese		
1. Warum besuchen Sie unsere Praxis? Grund: _____		
2. War der Patient früher/ läuft derzeit eine kieferorthopädische Behandlung? Wenn ja, bei wem/wo: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Befinden sich Geschwister des Patienten in Behandlung? Wenn ja, wer/wann: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Sind Zahnfehlstellungen in der Familie bekannt? Wenn ja, wer/was: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Sind Nichtanlagen von Zähnen in der Familie bekannt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
II. Patientenanamnese		
6. Leidet oder litt der Patient unter einer der genannten Krankheiten? <input type="checkbox"/> Rachitis <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Herzerkrankungen <input type="checkbox"/> Epilepsie <input type="checkbox"/> Hepatitis <input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/> Knochenerkrankungen <input type="checkbox"/> Asthma <input type="checkbox"/> Hauterkrankungen <input type="checkbox"/> Tumorerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Nimmt der Patient Medikamente ein? Wenn ja, welche: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Liegt zur Zeit eine Schwangerschaft vor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Hat der Patient Allergien/ Allergiepass? Wenn ja, welche: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Wurden im Hals-/Nasen-/Ohrenbereich Operationen durchgeführt? Wenn ja, was/wann: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Besteht: <input type="checkbox"/> Nasenatmung <input type="checkbox"/> Mundatmung, seit _____ <input type="checkbox"/> Schnarchen <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen, wann _____ <input type="checkbox"/> Pressen <input type="checkbox"/> Knirschen, wie oft: _____		
12. Liegen Fehlgewohnheiten im Lippen-/Zungenbereich vor? <input type="checkbox"/> Lippenbeißen/Saugen <input type="checkbox"/> Einziehen der Unterlippe <input type="checkbox"/> Nägelkauen <input type="checkbox"/> Bleistiftkauen <input type="checkbox"/> sonstiges	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Wurde bereits logopädisch/ physiotherapeutisch/ osteopathisch behandelt? Wenn ja, was/wann: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Hatte der Patient Unfälle mit Folgen für den Kopf-/Kiefer-/Zahnbereich? Wenn ja, welche: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Bestanden oder bestehen Kiefergelenks-Knacken-/Beschwerden? Wenn ja welche: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Wie wurde der Patient als Baby ernährt? <input type="checkbox"/> Gestillt bis: _____ Monat <input type="checkbox"/> Flasche von/bis: _____		
17. Hat der Patient als Kind gelutscht? Wenn ja, wie/wann: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Welche Hobbies hat der Patient: _____		

Haßfurt, den _____

Unterschrift Versicherter/ gesetzl. Vertreter