

Persönliche Daten

Patient:

Name: _____

Vorname: _____

Geb.: _____

Straße/Nr.: _____

PLZ/ Ort: _____

E-Mail: _____

Tel.: _____

Mobil: _____

Krankenkasse: _____

Schule: _____

HausZahnarzt: _____

HausArzt: _____

Versicherter/ Erziehungsberechtigter:

Name: _____

Vorname: _____

Geb.: _____

Straße/Nr.: _____

PLZ/ Ort: _____

E-Mail: _____

Tel.: _____

Mobil: _____

Beruf: _____

Arbeitgeber: _____

Hiermit willige ich ein, dass die zur kieferorthopädischen Behandlung und Abrechnung erforderlichen persönlichen Daten erhoben und gespeichert werden.
Hiermit willige ich ein, dass bei medizinischer Notwendigkeit, Röntgenbilder nach Bedarf bei dem/der Patienten/in gemacht werden dürfen.
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