

Herzlich Willkommen in der Praxis für Kieferorthopädie Dr. Yasemin Becker!

Bitte nehmen Sie sich etwas Zeit für die gewissenhafte Beantwortung der folgenden Fragen. Die abgefragten Daten sind für unsere Verwaltung und für eine ggf. später erfolgende kieferorthopädische Behandlung wichtig und unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes.

ANGABEN ZUM PATIENTEN

Name	_____	Vorname	_____
Straße/Hausnummer	_____	PLZ/Ort	_____
Geburtsdatum	_____		
Tel.-Nr.	_____	mobil	_____
Krankenkasse	_____	Geschäftsstelle	_____
Zahnarzt	_____	Ort	_____

ANGABEN ZUM HAUPTVERSICHERTEN

Name	_____	Vorname	_____
Straße/Hausnummer	_____	PLZ/Ort	_____
Geburtsdatum	_____		
Tel.-Nr.	_____	mobil	_____
e-mail	_____		

VERSICHERUNGSART

Gesetzlich versichert
Privat versichert
Beihilfe
Zusatzversicherung für Kieferorthopädie

Wie sind sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

Internet Bekannte Zahnarzt Sonstiges _____

RÖNTGENUNTERSUCHUNG

Wurde der Patient während der letzten 12 Monate an den Zähnen/Kiefern geröntgt? Ja Nein

Wenn ja wo? _____

Führt der Patient einen Röntgenpass? Ja Nein

Bitte Rückseite/nächste Seite beachten!

- Wurde schon einmal eine kieferorthopädische Behandlung durchgeführt/begonnen? Ja Nein
 Wenn ja bei wem (Name/Ort) _____
- Waren oder sind Geschwister in kieferorthopädischer Behandlung? Ja Nein
- Gibt es in der Familie ähnliche Zahnfehlstellungen? Ja Nein
- Gibt es in der Familie nicht angelegte bleibende Zähne? Ja Nein
- Wurde über das 3. Lebensjahr hinaus Daumen gelutscht oder ein Schnuller benutzt? Ja Nein
- Bestehen „schlechte Angewohnheiten“ wie Nägelkauen, Lippenbeißen, Bleistiftkauen Ja Nein
- Atmet der Patient häufig durch den Mund? Ja Nein
- Bestehen Allergien? Ja Nein
 Wenn ja welche? _____
- Spielt der Patient ein Blasinstrument? Ja Nein
- Hatte der Patient Unfälle mit Beteiligung der Zähne oder Kiefer? Ja Nein
- Bestehen Kiefergelenksbeschwerden Ja Nein
- Bestehen häufige Kopfschmerzen Ja Nein
- Wurden bereits Mandeln oder Polypen entfernt? Ja Nein
 Wenn ja, wann? _____
- Befindet/befand sich der Patient in logopädischer Behandlung? Ja Nein
 Wenn ja weshalb? _____
- Nimmt der Patient regelmäßig Medikamente ein? Ja Nein
 Wenn ja welche? _____
- Bestehen schwerwiegende Erkrankungen (Rachitis, Diabetes, Tuberkulose, Asthma, Epilepsie, Herzfehler, AIDS, Blutungsneigung, sonstige Krankheiten?) Ja Nein
 Wenn ja welche? _____

Ort, Datum _____

Unterschrift (ggf. gesetzl. Vertreter) _____