

Liebe Patientin, Lieber Patient!

Bevor wir uns in Ruhe über Ihre Wünsche unterhalten, benötigen wir neben den Angaben zu Ihrer Person/Ihres Kindes Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Denn auch Allgemeinerkrankungen können Auswirkungen auf die kieferorthopädische Behandlung haben. Deswegen bitten wir Sie, diesen Erhebungsbogen auszufüllen. Er wird Ihren persönlichen Unterlagen angefügt. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht unserer Praxis.

Anamnese

A: Allgemeine Angaben

Patient

Vor- und Nachname _____

Geburtsdatum _____

Anschrift _____

Telefon _____ Mobil: _____

Zahnarzt _____

Hausarzt _____

Krankenkasse _____

Versichert mit:

Vor- und Nachname _____

Geburtsdatum _____

Anschrift _____

Telefon _____ Mobil: _____

E-Mail _____

Sind sie Beihilfeberechtigt (nur Privatpatienten)? ja nein

Private Zahnzusatzversicherung für KFO ja nein

B: Motivation

Grund des Kommens _____

Empfehlung/ Überweisung durch? _____

C: Allgemeine Anamnese

Sind Erbkrankheiten/ Fehlbildungen in der Familie bekannt? ja nein

Wenn ja, welche? _____

Sind bestimmt Kieferfehlstellungen in der Familie bekannt? ja nein

Wenn ja, welche? _____

Sind **Allgemein-, Infektions- oder entzündliche Krankheiten** (z.B. Rheuma) bekannt? ja nein

Wenn ja, welche? _____

Werden regelmäßig Medikamente eingenommen? ja nein

Wenn ja, welche? _____

Gibt es Allergien oder Überempfindlichkeiten? ja nein

Wenn ja, welche? _____

Gibt es Erkrankungen oder gab es Operationen im Hals-, Nasen-, Ohrenbereich? (auch Schnarchen) ja nein

Wenn ja, welche? _____

Gibt es spezielle Angewohnheiten (Fingerlutschen, Nagelbeißen) ja nein

Wenn ja, welche? _____

E: Zahnärztliche Anamnese

Werden regelmäßig Prophylaxemaßnahmen (Zahnreinigung, Fluoridierung etc.) durchgeführt?

ja nein

Wenn ja, welche? _____

Gab es bereits eine kieferorthopädische Therapie/ Beratung ja nein
Wo und in welcher Form? _____

Wird/ wurde eine logopädische Therapie durchgeführt? ja nein
Wo und in welcher Form? _____

Gab es Traumata/ Operationen im Kopf- oder Gesichtsbereich? ja nein
Wenn ja, welcher Art? _____

Waren Zähne beteiligt? _____

Haben sie bereits bleibende Zähne verloren? ja nein
Wenn ja, bitte ausführen: _____

Haben sie Beschwerden im Kiefergelenk, der Gesichtsmuskulatur? ja nein
Wenn ja, bitte ausführen: _____

Röntgenerklärung

Wurden vor kurzem Röntgenaufnahmen der Zähne, des Kiefers oder des Kopfes gemacht?

ja nein

Wenn ja, wann? _____

Ich bin mit der Anfertigung der im Rahmen der kieferorthopädischen Behandlung notwendig werdenden Röntgenaufnahmen einverstanden. ja nein

Besteht zurzeit eine Schwangerschaft? ja nein

F: Sonstiges

Eine kieferorthopädische Therapie dauert in der Regel 3-4 Jahre.

Planen Sie absehbar einen Umzug aus dem Einzugsbereich der Praxis? ja nein

G: Recall

Sind Sie mit unserem Recallservice einverstanden? ja nein

H: Für Eltern

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass Sie sorgeberechtigt sind, bzw. dass Sie vom anderen Elternteil bevollmächtigt sind therapierrelevante Entscheidungen für Ihr Kind alleine zu treffen.

Ich verpflichte mich, eintretende Änderungen (Gesundheitszustand, Schwangerschaftseintritt, Krankenkassen- und oder Wohnsitzwechsel, etc.) unverzüglich mitzuteilen.

Datum _____

Unterschrift _____

(Patient/ Erziehungsberechtigter)