



Patient

Name

Vorname

Straße, Haus-Nr.

PLZ Stadt

Geburtsdatum

Telefon

Hauptversicherer

Name

Vorname

Straße, Haus-Nr.

PLZ Stadt

Geburtsdatum

Telefon

Arbeitgeber

Wie sind Sie versichert?

- Ich bin gesetzlich versichert.
- Ich bin privat versichert.
- Ich habe eine Zusatzversicherung.
- Ich bin beihilferechtigt.

Bei Überweisung durch den Hauszahnarzt bitten wir um Angabe von Namen und Adresse:

Name

Anschrift

Führt Ihr Zahnarzt regelmäßig Prophylaxemaßnahmen durch?

- Ja Nein

Waren Sie schon einmal in kieferorthopädischer Behandlung?

- Ja Nein

Wenn ja, bei wem:

Waren oder sind Geschwister in kieferorthopädischer Behandlung? Ja Nein

Hat einer der Eltern eine Zahnfehlstellung? Ja Nein

Haben Sie Beschwerden beim Kauen? Ja Nein

Knirschen Sie mit den Zähnen? Ja Nein

Wurden Sie schon einmal geröntgt? Ja Nein

Wenn ja, innerhalb der letzten 6 Monate? Ja Nein

Welcher Körperteil?

Bei wem?

Bestehen bei Ihnen irgendwelche der nachfolgenden Krankheiten?

Allergien Ja Nein

Wenn ja, welche?

Asthma Ja Nein

Diabetes Ja Nein

Rheuma Ja Nein

Herz-Kreislauf-Erkrankungen Ja Nein

Blutgerinnungsstörungen Ja Nein

Angeborene Fehlbildung Ja Nein

Infektionskrankheiten Ja Nein

Bestehen irgendwelche der nachfolgend aufgeführten Gewohnheiten?

Schnuller Ja Nein

Lippenbeißen Ja Nein

Nägelkauen Ja Nein

Sprachfehler Ja Nein

Lutschen Ja Nein

Zungenbeißen Ja Nein

Mundatmung Ja Nein

Besteht eine Schwangerschaft?

- Ja Nein

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?

- Ja Nein

Spielen Sie ein Blasinstrument?

- Ja Nein

Sind od. waren Sie schon einmal in logopädischer Behandlung?

- Ja Nein

Lagen schon irgendwelche Mund- od. Kieferoperationen bzw. Unfälle vor?

- Ja Nein

Falls ja, wann:

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben. Änderungen werde ich sofort mitteilen.

Datum

Unterschrift