



Ein *schönes Lachen* kennt kein Alter.



Liebe Patienten, willkommen in unserer Praxis!

Wir freuen uns, dass Sie uns Ihr Lächeln anvertrauen!

Unser Ziel ist es, Ihnen/Ihrem Kind eine bestmögliche und individuelle Behandlung anzubieten. Deshalb möchten wir Sie bitten, sich einen Moment Zeit zu nehmen, diesen Fragebogen sorgfältig zu lesen und so genau wie möglich auszufüllen.

Gerne besprechen wir die wesentlichen Fragen und Antworten gleich noch einmal ausführlich mit Ihnen.



Die folgenden Angaben dienen ausschließlich der Optimierung Ihrer Behandlung. Deshalb möchten wir Sie bitten auch künftige Änderungen Ihres Gesundheitszustandes bzw. den Ihres Kindes und Ihrer Anschrift mitzuteilen. Selbstverständlich unterliegen Ihre Angaben der ärztlichen Schweigepflicht.

1 Persönliche Angaben

KONTAKTDATEN DES PATIENTEN			
Name, Vorname	Geb. Datum	Geb. Ort	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w
Straße			
PLZ/Ort			
Tel. privat	Mobil		
E-Mail			
Beruf	Tel. beruflich		

Ist der Patient nicht der Hauptversicherte, ergänzen Sie bitte folgende Angaben:

<input type="checkbox"/> KONTAKTDATEN DES HAUPTVERSICHERTEN			
Name, Vorname	Geb. Datum	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w	
Straße		PLZ/Ort	
Tel. privat	Mobil		
E-Mail			
Beruf	Tel. beruflich		

Ist der Hauptversicherte nicht der Erziehungsberechtigte, ergänzen Sie bitte folgende Angaben:

<input type="checkbox"/> KONTAKTDATEN DES ERZIEHUNGSBERECHTIGTEN			
Name, Vorname	Geb. Datum	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w	
Straße		PLZ/Ort	
Tel. privat	Mobil		
E-Mail			
Beruf	Tel. beruflich		

ICH BIN / MEIN KIND IST

gesetzlich versichert

pflichtversichert

freiwillig versichert

familienversichert

privat versichert

privat versichert im Basistarif

privat vollversichert

beihilfeberechtigt, bei welcher Beihilfe? _____

Selbstzahler

zusatzversichert

privat zusatzversichert, bei welcher Zusatzversicherung?

beihilfeberechtigt und privat zusatzversichert

ANGABEN ZUR ZAHLUNGSPFLICHT

Patient / Hauptversicherter

Erziehungsberechtigter

Sonstige Person

Name der Krankenkasse

Name des Hauszahnarztes

Kontaktdaten

Wurden bereits Röntgenbilder der Zähne und / oder des Kopfes angefertigt?

Ja Nein

Wann und von wem wurden die Röntgenaufnahmen angefertigt?

Bitte vermerken Sie hier, sofern bekannt den Ort, die Straße sowie die Telefonnummer des Hauszahnarztes.

Bitte vermerken Sie hier, sofern bekannt den Monat und das Jahr der Aufnahmen sowie den Namen des Arztes / der Praxis.

Befinden/Befanden Sie bzw. Ihr Kind sich bereits in einer KFO-Behandlung oder wurde eine solche Behandlung bereits geplant?

Ja Nein

Bei bzw. vom wem?

Wurde die Behandlung regulär zu Ende geführt? Ja Nein

Wurden Sie schon einmal kieferorthopädisch beraten?

Ja Nein

Von wem bzw. wo?

Sind oder waren Geschwister in kieferorthopädischer Behandlung?

Ja Nein

Betreiben Sie Sport und/oder spielen Sie Instrumente?

Ja Nein

Welche Sportarten/Instrumente?

Fand eine Behandlung / Beratung durch einen HNO-Arzt statt?

Ja Nein

Wann und bei wem?

2 Ihr Anliegen

WAS IST IHR ANLIEGEN?		
<input type="checkbox"/> Aussehen / Ästhetik	<input type="checkbox"/> Kau- / Abbeißprobleme	<input type="checkbox"/> Sprachprobleme
<input type="checkbox"/> Prophylaxe	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____

Die Stellung der Zähne sollte nicht isoliert betrachtet werden. Vielmehr sollen ganzheitliche Gesichtspunkte, wie die Vorbeugung von Erkrankungen sowie Funktion und Funktionsstörungen verstärkt Berücksichtigung finden.

Aus diesem Grund finden Sie im Folgenden einige spezielle und allgemeine Gesundheitsfragen, mit der Bitte diese bestmöglich zu beantworten.

3 Spezielle Gesundheitsfragen

SPEZIELLE GESUNDHEITSFRAGEN			BEMERKUNGEN PATIENT
Gab es Unfälle im Kopf-/ Gesichtsbereich? Wenn ja, wann?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
Mit Zahnschädigungen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
Sind Sie häufig erkältet?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
Ist die Nasenatmung erschwert?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
Wurden Mandeln und/oder Polypen entfernt? Wenn ja, wann?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
Leiden Sie unter Allergien? Wenn ja, welchen bzw. gegen was?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
Besitzen Sie einen Allergiepass?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
Haben Sie Probleme bzgl. der Sprachentwicklung? Lispeln, stottern, etc.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
Fand eine logopädische Beratung / Behandlung statt?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
Gibt es Probleme im Kiefergelenksbereich? Knacken, reiben, schmerzen, etc.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	


Sofern bekannt

Schnarchen Sie bzw. Ihr Kind?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
Schlafen Sie bzw. Ihr Kind mit offenem Mund?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
Bestand oder besteht Bleistiftkauen, Nägelkauen, Lippenbeißen, etc.?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	

4 Allgemeine Gesundheitsfragen

HATTEN ODER HABEN SIE EINE DER FOLGENDEN ERKRANKUNGEN/SYMPTOME?			BEMERKUNGEN PATIENT
Herz/Kreislauf (z.B. Herzfehler, Herzinfarkt, Blutdruck,...)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
Atemwege/Lunge (z.B. Asthma, Tuberkulose, chronische Bronchitis,..)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
Leber (z.B. Gallensteine, Hepatitis, Zirrhose,...)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	

HATTEN ODER HABEN SIE EINE DER FOLGENDEN ERKRANKUNGEN/SYMPTOME?	BEMERKUNGEN PATIENT		
Nieren (z.B. Nierensteine, Dialysepflichtigkeit,...)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
Magen/Darm (z.B. Sodbrennen / Reflux, Verdauungsstörungen,...)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
Stoffwechsel (z.B. Diabetes, Schilddrüsenunter- oder -überfunktion,...)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
Nerven/Gemüt (z.B. Depressionen, Epilepsie, Angstzustände,...)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
Skelettsystem (z.B. Bandscheibenbeschwerden, Muskelschwäche,...)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
Blut (z.B. Gerinnungsstörungen, Nachblutungen bei Operationen,...)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
Infektionserkrankungen (z.B. HIV, Hepatitis,...)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
Knochen (z.B. Bisphosphonatbehandlung, Osteoporose,...)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
Medikamente (Marcumar, ASS, Psychopharmaka...)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
Andere Erkrankungen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	



Hier haben Sie die Möglichkeit weitere Erkrankungen aufzuführen.

5 Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

BITTE WÄHLEN SIE EINE MÖGLICHKEIT AUS	
<input type="checkbox"/> Empfehlung von	<input type="checkbox"/> Internet
<input type="checkbox"/> Telefonbuch	<input type="checkbox"/> Sonstiges
<input type="checkbox"/> Überweisung von	

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

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten bzw. Erziehungsberechtigten

Die Anamnese wurde mit dem Arzt besprochen.

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten bzw. Erziehungsberechtigten

RÖNTGENEINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass im Rahmen der kieferorthopädischen Behandlung notwendige Röntgenunterlagen bei mir/meinem Kind angefertigt werden.

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten bzw. Erziehungsberechtigten

Hiermit entbinde ich Frau Claudia Birnstiel von Ihrer Schweigepflicht bzgl. der erstellten Röntgenbilder und bin damit einverstanden, dass diese Röntgenbilder zu diagnostischen bzw. therapeutischen Zwecken an weiterbehandelnde Zahnärzte per E-Mail übermittelt werden.

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten bzw. Erziehungsberechtigten