

**ANMELDUNG FÜR NEUE PATIENTEN**

Liebe Patienten, liebe Eltern!

Vor Beginn der kieferorthopädischen Behandlung möchten wir Ihnen einige Fragen stellen, damit wir uns anhand Ihrer Angaben auf Sie einstellen können und für einen problemlosen Ablauf der Behandlung sorgen können.

Ihre personenbezogenen Daten können auch zu Zwecken der Qualitätssicherung herangezogen werden.

Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

---

Name, Vorname des Patienten

Geb. Datum

---

PLZ, Wohnort, Straße

Geb. Ort

---

Telefon / Handy-Nummer

E-Mail Adresse

---

Name, Vorname des Vaters

Geb. Datum

---

PLZ, Wohnort, Straße

Hauptversicherter Ja 0 Nein 0

---

Telefon / Handy-Nummer

E-Mail Adresse

---

Name, Vorname der Mutter

Geb. Datum

---

PLZ, Wohnort, Straße

Hauptversicherter Ja 0 Nein 0

---

Telefon / Handy-Nummer

E-Mail Adresse

---

Krankenkasse (wir bitten um umgehende Information bei Krankenkassenwechsel)

Sind Sie beihilfeberechtigt

0 ja 0 nein

Besteht eine Zusatzversicherung für Kieferorthopädie

0 ja 0 nein

Zahnarzt \_\_\_\_\_ Überwiesen oder empfohlen durch: \_\_\_\_\_

**BITTE FOLGENDE FRAGEN BEANTWORTEN UND ANKREUZEN**

Gemäß der Röntgenverordnung bitten wir Sie, folgende Fragen zu beantworten:

1. Wurde der Patient schon einmal geröntgt? 0 ja 0 nein  
2. Wenn ja, innerhalb der letzten 12 Monate? 0 ja 0 nein  
3. Wenn ja, bei welchem Arzt, Zahnarzt oder Krankenhaus \_\_\_\_\_  
4. Wenn ja, welche Region (Kopfbereich) \_\_\_\_\_  
4. Besteht zurzeit eine Schwangerschaft? 0 ja 0 nein

Größe \_\_\_\_\_ Gewicht \_\_\_\_\_

- 1. Hat eines der Elternteile eine Zahnfehlstellung? 0 ja 0 nein  
2. Wie lange hat der Patient gelutscht? (Daumen oder Schnuller) \_\_\_\_\_ Jahre  
3. Hat der Patient häufig Erkältungskrankheiten (Schnupfen, Angina)? 0 ja 0 nein  
4. Besteht hauptsächlich Mundatmung? 0 ja 0 nein  
5. Wurde der Patient an den Mandeln operiert? (Tonsillektomie) 0 ja 0 nein  
— Wenn ja, wann \_\_\_\_\_

6. Wie lange liegt der letzte Zahnarztbesuch zurück? \_\_\_\_\_ Monate  
7. Lagen schon irgendwelche Mund- oder Kieferoperationen  
bzw. – Unfälle vor? 0 ja 0 nein  
Wenn ja, wann \_\_\_\_\_ was \_\_\_\_\_

8. Bestehen irgendwelche schwerwiegenden Krankheiten?  
(Rachitis, Diabetes, Tuberkulose, Asthma, Epilepsie, Infektionskrankheiten.  
Herzfehler, Allergien, v. a. Allergien) 0 ja 0 nein

— Wenn ja, welche Krankheit: \_\_\_\_\_

9. Ist der Patient in ärztlicher Behandlung? 0 ja 0 nein  
Wenn ja, weshalb \_\_\_\_\_ wo \_\_\_\_\_

10. Waren oder sind Geschwister in kieferorthopädischer Behandlung? 0 ja 0 nein  
11. Der Patient ist in kieferorthopädischer Behandlung 0 ja 0 nein  
Der Patient war in kieferorthopädischer Behandlung 0 ja 0 nein  
Der Patient war zur kieferorthopädischen Beratung 0 ja 0 nein

Wenn ja, bei: \_\_\_\_\_ von: \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_