

Bevor wir uns in Ruhe über Ihre kieferorthopädischen Wünsche oder Sorgen unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine adäquate und risikofreie Behandlung. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.
Ihr Praxisteam

Patient: _____
Name Vorname geb.

Versichert über
Mutter/Vater
[bitte ankreuzen] Name Vorname geb.

Adresse Patient
Straße/Hausnummer PLZ Wohnort

Patient lebt im Haushalt -> beider Eltern der Mutter des Vaters Sonstiges
Sorgeberechtigt ist/sind -> beide Eltern Mutter Vater _____

Erziehungsberechtigter/Vormund: siehe Versicherter

Name, Vorname, Geb. Datum, ggf. Adresse falls abweichend

Telefon
Privat dienstlich Handy

Geschwister in kieferorthopädischer Behandlung ja nein
 gesetzlich versichert gesetzlich freiwillig versichert privat versichert
 privat Basistarif o.ä. versichert beihilfeberechtigt

Krankenkasse: _____

Zahnarzt : _____ Empfohlen/überwiesen durch: _____

Ist oder war der Patient *früher* schon in kieferorthopädischer Behandlung ? JA NEIN
- wenn ja, bei wem / wo: Dr. _____ in _____

Bestehen Gebissunregelmäßigkeiten in der Familie? JA NEIN

Leidet oder litt der Patient an einer der genannten Krankheiten ? JA NEIN
- wenn ja, welche: Rachitis Diabetes Hepatitis Herzleiden
 Epilepsie Sonstige: _____

Nimmt der Patient Medikamente ein ? _____ JA NEIN

Hat der Patient Probleme mit der Nasenatmung ? JA NEIN
 Asthma Allergisches Asthma seit wann: _____
 Häufige Erkältungen seit wann: _____
 Mundatmung Schnarchen seit wann: _____

Hat der Patient eine Allergie oder Heuschnupfen ? JA NEIN
wenn ja, wogegen: _____

Wurden Hals-, Nasen-, Ohrenärztliche Operationen durchgeführt ? JA NEIN
 Gaumenmandeln wann: _____
 Rachenmandel („Polypen“) wann: _____
 Parazentese (Röhrchen im Trommelfell) wann: _____
 Nasenscheidewand wann: _____

Hat der Patient als Kleinkind gelutscht und wenn ja, bis wann ? JA NEIN
 Daumen ca. bis _____ Jahre
 Finger ca. bis _____ Jahre
 Schnuller ca. bis _____ Jahre
 Sonstiges: _____ ca. bis _____ Jahre

Liegt eine Fehlgewohnheit im Lippen- oder Zungenbereich vor ? JA NEIN
 Lippenbeißen Lippensaugen Lippenlecken
 Nägelkauen Bleistiftkauen Sonstiges: _____

Hat oder hatte der Patient einen Sprachfehler ? JA NEIN
- wenn ja, wann _____ und wie lange: _____ Monate / Jahre
- wenn ja, welche Art von Störung _____
- wurde eine logopädische Behandlung (Sprachtherapie) durchgeführt ? JA NEIN

Welche Hobbys hat der Patient ?
 Sportarten: _____
 Musikinstrumente: _____
 Sonstiges: _____

Wurden Sie in den letzten 12 Monaten im Kopf-Kiefer-Zahnbereich geröntgt? JA NEIN

Besteht eine Schwangerschaft? JA NEIN

Besitzt der Patient einen Röntgenpass? JA NEIN

Bitte kreuzen Sie an, welche Fragen für Sie, bzw. Ihr Kind zu treffen. Gerne können sie nach den Fragen noch nähere Angaben zu den Beschwerden machen.

X	Zutreffendes bitte ankreuzen
	Leiden Sie unter Zahnschmerzen?
	Haben Sie das Gefühl das Ihr Biss nicht stimmt?
	Knirschen oder Pressen Sie mit Ihren Zähnen? Wenn ja, wann:
	Leiden Sie unter Schmerzen in der: <input type="checkbox"/> Ohrregion <input type="checkbox"/> Kiefergelenksregion <input type="checkbox"/> Schläfenregion
	Bemerken Sie <input type="checkbox"/> Knackgeräusche <input type="checkbox"/> Reibegeräusche beim Öffnen oder Schließen des Mundes oder beim Kauen?
	Ist Ihre Unterkieferbeweglichkeit bei der Mundöffnung oder dem Kauen eingeschränkt?
	Haben Sie Verspannungen der <input type="checkbox"/> Nackenmuskulatur <input type="checkbox"/> Schultermuskulatur?
	Haben Sie <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen <input type="checkbox"/> Migräne?
	Leiden Sie unter Ohrgeräuschen (Tinnitus)? Wenn ja, wie oft:
	Haben Sie <input type="checkbox"/> Gleichgewichtsstörungen <input type="checkbox"/> Schwindelgefühl?
	Treten Mundtrockenheit oder (Zungen-)Brennen häufig auf?
	Empfinden Sie öfter ein Kloßgefühl im Kehlkopf?
	Hatten Sie jemals einen Unfall mit Schädigung im Hals-/Kopfbereich? (Sturz, Schleudertrauma) Wenn ja, wann:
	Haben/ Hatten Sie Probleme mit Ihrer Körperhaltung? <input type="checkbox"/> Wirbelsäule <input type="checkbox"/> Beckenschiefstand <input type="checkbox"/> Beinlängendifferenz
	Haben Sie Beschwerden in anderen Gelenken? Wenn ja, in welchen:
	Wurde bei Ihnen eine Trigeminusneuralgie oder ein so genannter atypischer Gesichtsschmerz festgestellt?
	Tragen Sie orthopädische Einlagen?

	Die Beschwerden treten zu bestimmten Tageszeiten auf. Wenn ja, wann:
	Die Beschwerden haben sich in den letzten Wochen verändert. Wenn ja, wie:
	Die Beschwerden gehen im Urlaub zurück.
	Die Beschwerden beeinträchtigen meine Leistungskraft. Wenn ja, wie:
	Ich war bzw. bin wegen meiner Beschwerden in Behandlung bei: <input type="checkbox"/> Zahnarzt Name: <input type="checkbox"/> Hausarzt Name: <input type="checkbox"/> Orthopäde Name: <input type="checkbox"/> HNO-Arzt Name: <input type="checkbox"/> Neurologe Name: <input type="checkbox"/> andere

Einverständniserklärung zur Übermittlung von Patientendaten des Patienten:

Name, Vorname, Geb.-Datum **Patient**

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass Frau Dr. Gudrun Poser mich betreffende Behandlungsdaten/Röntgenbilder und Befunde bei anderen Ärzten und Leistungserbringern zum Zwecke der Dokumentation und weiteren Behandlung anfordert. Des Weiteren bin ich einverstanden, dass Frau Dr. Gudrun Poser mich betreffende Behandlungsdaten/Röntgenbilder und Befunde an mich behandelnde Ärzte und Leistungserbringer übermittelt.

Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann.

Freiberg, den

Datum:

Unterschrift Patient/Erziehungsberechtigter