



## Patient

Familienname des Patienten*		Vorname des Patienten*	geb. am*
Familienname des Versicherten*		Vorname des Versicherten*	geb. am*
Postleitzahl*	Straße*		Ort*
Tel. privat*	Handy (Patient oder Erziehungsberechtigter)*		E-Mail

## Beruf und Krankenversicherung

Beruf des Versicherten		Arbeitgeber des Versicherten			
Zahnarzt		Hausarzt*			
Zu uns empfohlen oder überwiesen durch		Krankenkasse*			
Freiwillig versichert	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Zusatzversichert*	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Beihilfeberechtigt*	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

## Röntgen

Gemäß Röntgenverordnung bitte folgende Antworten wahrheitsgemäß ankreuzen

Wurde die Patientin/der Patient schon einmal geröntgt?*	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Wenn ja, war es innerhalb der letzten 12 Monate?*	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, bei welchem Arzt/Ärztin, Zahnarzt/Zahnärztin, Krankenhaus?		Wie lange liegt der letzte Zahnarztbesuch zurück?	
Besteht zur Zeit eine Schwangerschaft?*	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		

## Zahnärztliche Anamnese

Wurde die Patientin/der Patient schon kieferorthopädisch behandelt oder beraten?*	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Wenn ja, wann und wo?*			
Wurde durch Kollegen eine Behandlung zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung ausgeschlossen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein				
Waren oder sind Geschwister in kieferorthopädischer Behandlung?*	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Knirscht die Patientin/der Patient mit den Zähnen?*	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Hat die Patientin/der Patient Beschwerden beim Kauen?*	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein



## Medizinische Anamnese

Ist die Patientin/der Patient in  
medizinischer Behandlung?\*

ja

nein

Wenn ja, bei welchem Arzt/Ärztin, Krankenhaus?

Werden regelmäßig Medikamente  
eingenommen?\*

ja

nein

Wenn ja, welche?

Lagen schon irgendwelche  
Mund- und/oder Kieferoperationen  
bzw. -unfälle vor?\*

ja

nein

Wenn ja, wann?

Wo?

Bestehen irgendwelche  
schwerwiegenden Krankheiten?\*

ja

nein

(Rachitis, Diabetes, Tuberkulose, Asthma, Epilepsie, Herzfehler, Allergie, AIDS/HIV,  
Gelbsucht, Blutungsneigung, Hepatitis, sonstige Krankheiten?)

Besteht Milch-Protein-  
Allergie/Unverträglichkeit?\*

ja

nein

## Gewohnheiten

Schnuller?\*

ja

nein

Lutschen?\*

ja

nein

Lippenbeißen?\*

ja

nein

Zungenbeißen?\*

ja

nein

Nägelkauen?\*

ja

nein

Sprachfehler?\*

ja

nein

Mundatmung?\*

ja

nein

Spielt die Patientin/  
der Patient ein  
Blasinstrument?\*

ja

nein

Bei Erwachsenen:  
Rauchen Sie?\*

ja

nein

## Einwilligung

Hiermit willige ich ausdrücklich zur Erstellung und Verwendung nötiger Röntgen- und Fotoaufnahmen ein (ausschließlich zum praxisinternen Gebrauch).\*

ja

Mit einer anonymen Auswertung von Daten, Röntgenbildern und Photos zu wissenschaftlichen Zwecken (z.B. Vorträgen und Fortbildungen) bin ich einverstanden.\*

ja

nein

Ort, Datum\*

Unterschrift\*