

Herzlich Willkommen in unserer Praxis!

Bitte nehmen Sie sich ein wenig Zeit, um folgende Fragen zu beantworten:

Name des/r Patient/in	Vorname	Geburtsdatum/Geburtsort		
Name des/r Versicherten/Rechnungsempfänger	Vorname	Geburtsdatum		
PLZ/Wohnort	Straße	Telefon		
Arbeitgeber des Versicherten	E-Mail Adresse			
Bei welcher Krankenkasse sind Sie versichert?	<input type="radio"/> pflichtversichert	<input type="radio"/> freiwillig		
WICHTIG bei PRIVAT!	<input type="radio"/> mit Beihilfe	<input type="radio"/> ohne Beihilfe	<input type="radio"/> Basistarif	<input type="radio"/> Postbeamten
1. Haben Sie einen Zahnarzt?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	Name und Ort: _____	
2. Wurden Sie durch Ihren Zahnarzt überwiesen?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein		
3. Liegen ähnliche Zahnfehlstellungen in der Familie vor?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein		
4. Wurden bei einem Unfall Kiefer oder bleibende Zähne verletzt oder beschädigt?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	_____	
5. Bestehen z. Zt. ansteckende Erkrankungen? (z.B. Hepatitis, Tuberkulose, HIV)	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	_____	
6. Bestehen sonstige Erkrankungen?				
7. Bestehen Allergien?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein		
8. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	folgende: _____	
9. Sind Sie bei bestimmten Medikamenten überempfindlich?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	folgende: _____	
10. Leiden Sie an Herz- oder Kreislauferkrankungen?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	_____	
11. Atmen Sie mehr	<input type="radio"/> durch den Mund? <input type="radio"/> durch die Nase?			
12. Schnarchen Sie?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein		
13. Bestehen folgende Beschwerden:				
Kopfschmerzen?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein		
Nackenschmerzen?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein		
Rückenschmerzen?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein		
Tinnitus?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein		

14. Waren Sie bereits bei einem:
Hals-Nasen-Ohrenarzt? Ja Nein Mandeln Polypen wurden entfernt
Orthopäden? Ja Nein
Physiotherapeuten? Ja Nein
15. Knirschen oder pressen Sie nachts mit den Zähnen Ja Nein
16. Setzt Ihre Atmung beim Schlafen aus? Ja Nein
17. Besteht z. Z. eine Schwangerschaft? Ja Nein _____ Schwangerschaftswoche
18. Was ist Ihr Anliegen? _____
19. Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? _____

Bitte zutreffendes ankreuzen:

Ich erkläre, dass vorher

- keine**
- eine**
- kieferorthopädische Beratung**
- kieferorthopädische Behandlung**

mit der Erstellung von diagnostischen Unterlagen durchgeführt worden ist.

Falls ja: Wann:
Behandelnder Arzt:.....

Hiermit stimme ich der folgenden kieferorthopädischen Beratung zu und bestätige die Richtigkeit der gemachten Angaben.

Datum:.....

Name des Patienten:

.....
(bitte in Druckschrift)

Unterschrift des Arztes:

Unterschrift des Patienten bzw.
des gesetzlichen Vertreters:

.....

.....

Vielen Dank für Ihre Mühe
Ihr **orthograd** Team

