

## Herzlich willkommen in unserer Praxis!

Bevor wir uns in Ruhe über Ihre kieferorthopädischen Wünsche und Sorgen unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über den allgemeinen Gesundheitszustand von Ihnen. Dies ist wichtig für eine adäquate und risikofreie Behandlung. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht mit der Einschränkung, dass wir üblicherweise den Hauszahnarzt oder Vorbehandler über den Befund schriftlich informieren, falls Sie dies nicht ausdrücklich ablehnen.

**Patient** \_\_\_\_\_ **Geb.** \_\_\_\_\_

**Anschrift** \_\_\_\_\_ **Ggf. weitere Anschrift (Rechnungsanschrift)** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Telefon** \_\_\_\_\_ **E-Mail** \_\_\_\_\_

**Mobil** \_\_\_\_\_ **Beruf** \_\_\_\_\_

**geschäftlich** \_\_\_\_\_ **Fax** \_\_\_\_\_

**Name der Versicherung** \_\_\_\_\_  Privat

Über wen sind Sie versichert?  selbst  Ehepartner:in  Mutter/Vater

Sind Sie beihilfeberechtigt (nur bei Privatversicherten)?  Ja  Nein **Name** \_\_\_\_\_

**Vorname** \_\_\_\_\_

**Geb.** \_\_\_\_\_

**Wer ist Ihr behandelnder Zahnarzt?** \_\_\_\_\_

**Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?**

überwiesen durch Zahnarzt Dr. \_\_\_\_\_ **Sonstiges:** \_\_\_\_\_

Bekannte

Internet

München, den \_\_\_\_\_

Unterschrift

## Ärztliche Anamnese

Bitte lesen Sie alle Fragen durch und kreuzen Sie entsprechend an:

<b>Ärztliche Anamnese</b>	<b>Ja</b>	<b>Nein</b>
1. Bestehen schwerwiegende Erkrankungen? (z.B. Herz-Kreislaufferkrankungen, Diabetes, Asthma, Rheuma, Infektionen, Epilepsie) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche? .....		
2. Bestehen Allergien? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche? .....		
3. Werden regelmäßig Medikamente eingenommen?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche? .....		
4. Gab es in der Vergangenheit Unfälle, Verletzungen, Operationen in Kopf- und Gesichtsbereich? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche? .....		
5. Ist der/die Patient/in in osteopathischer Behandlung? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, wo? .....		
<b>Röntgen</b>		
1. Wurde der/die Patient/in in den letzten 12 Monaten geröntgt? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, wo? .....		
2. Besteht z. Zt. eine Schwangerschaft? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Zahnmedizinische Anamnese</b>		
1. Ist der/die Patient/in in ärztlicher Behandlung? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, wo? .....		
2. War der/die Patient/in schon einmal in kieferorthopädischer Behandlung?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, wo? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Waren oder sind Geschwister in kieferorthopädischer Behandlung?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Hat ein Elternteil eine Zahn- bzw. Kieferfehlstellung? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Hat der/die Patient/in Beschwerden beim Kauen? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Knirscht der/die Patient/in mit den Zähnen? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Knacken im Kiefergelenk? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Gewohnheiten</b>		
1. Lippenbeißen? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Mundatmung? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Sprechstörungen? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Schnarchen? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Vielen Dank für Ihre Mithilfe. Bitte teilen Sie uns Änderungen der obigen Angaben umgehend mit!**

Ich habe die oben aufgeführten Fragen nach meinem besten Wissen beantwortet.

München, den \_\_\_\_\_  
Unterschrift

### Datenschutz:

Ich bin damit einverstanden, dass diese Daten an anderen Standorten von Dres. Kirchner / Raptarchis erhoben, verarbeitet und genutzt werden dürfen. Dadurch können wir im Notfall oder während der Urlaubszeiten an jedem Standort die bestmögliche Betreuung gewährleisten.

München, den \_\_\_\_\_  
Unterschrift