

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 bzw. über den Ihres Kindes. 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. _____

Mutter _____ Geb. _____

Vater _____ Geb. _____

Anschrift _____ Ggf. weitere Anschrift (Rechnungsanschrift) _____

Telefon _____ E-Mail _____

Mobil _____ Beruf Mutter _____

geschäftlich _____ Beruf Vater _____

Fax _____

Name der Versicherung _____ Privat

Sind Sie beihilfeberechtigt (nur bei Privatversicherten)? Ja Nein

Über wen ist das Kind versichert? Vater Mutter Kind selbst

Wer ist Ihr behandelnder Zahnarzt? _____

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

überwiesen durch Zahnarzt Dr. _____ Sonstiges: _____

mit anderem Kind schon hier in Behandlung Bekannte Internet

München, den _____

Unterschrift

Ärztliche Anamnese

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

Ärztliche Anamnese	Ja	Nein
1. Bestehen schwerwiegende Erkrankungen? (z.B. Herz-Kreislauferkrankungen, 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? _____		
Röntgen		
1. Wurde der/die Patient/in n 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"/>
Zahnmedizinische Anamnese		
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"/>
Gewohnheiten		
1. Schnuller? Wenn ja, wie lange? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Daumen lutschen? Wenn ja, wie lange? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Lippenbeißen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Mundatmung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Sprechstörungen?	<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 best-mögliche Betreuung gewährleisten.

München, den _____
Unterschrift