

# Anmeldeformular zur kieferorthopädischen Behandlung

in der Praxis Dr. Isabel Tempera & Dr. A. Gründer

## Patient:

Name, Vorname

geb.

weibl.

männl.

Straße, Nr.

PLZ, Ort

## Versicherter:

weibl.

männl.

Name, Vorname

Beruf

geb.

Straße, Nr.

PLZ, Ort

E-mail

Telefon

## Name der Krankenkasse:

Beihilfe

nein

Ja

## Name des Zahnarztes:

**Ich bestätige hiermit die Richtigkeit der oben gemachten Angaben.**

**Bitte teilen Sie uns alle Änderungen (Adresse, Telefon, E-mail, etc.) bitte umgehend mit!**

Wurden oder werden Geschwister hier kieferorthopädisch behandelt?

nein

Ja

Wurde der Patient schon kieferorthopädisch beraten oder behandelt?

nein

Ja

Wenn ja, wann

durch Dr.

Wurden Unterlagen erstellt?

nein

Ja

Hat der Patient am Daumen gelutscht oder einen Schnuller gehabt?

nein

Ja

Wenn ja, wie lang?

Schläft der Patient mit offenem Mund?

nein

Ja

Hat der Patient einen Sprachfehler, z.B. Lispeln?

nein

Ja

Wurden Mandeln oder Polypen entfernt?

nein

Ja

Knirscht oder presst der Patient mit den Zähnen?

nein

Ja

Hat der Patient Beschwerden am Kiefergelenk? Wenn ja welche?

nein

Ja

## Hat der Patient eine schwerwiegende Erkrankung?

nein  ja

- |   |                                 |                                  |
|---|---------------------------------|----------------------------------|
| <input type="radio"/> Diabetes              | <input type="radio"/> Allergien | <input type="radio"/> Herzfehler |
| <input type="radio"/> Kreislauferkrankungen | <input type="radio"/> Asthma    | <input type="radio"/> Bluter     |
| <input type="radio"/> Epilepsie             | <input type="radio"/> HIV       | <input type="radio"/> Hepatitis  |

Wenn ja, bitte genaue Angaben machen:

## Werden Medikamente eingenommen? Bitte angeben:

Hatte der Patient Unfälle mit Zahnbeteiligung?

nein  ja

Wenn ja, bitte genaue Angaben machen:

Stört Sie die Zahnstellung Ihres Kindes? Wenn ja, bitte genaue Angaben machen

## Gemäß Röntgenverordnung bitte folgende Fragen beantworten:

Hat Ihr Kind einen Röntgenpass?

nein  ja

Wurden die Zähne, der Kiefer oder der Schädel schon mal geröntgt?

nein  ja

Wenn ja, wann?

Bei Patientinnen: Besteht eine Schwangerschaft?

nein  ja

**Die Fragen zum Gesundheitszustand dienen ausschließlich dazu, die Behandlung optimal auf den Patienten auszurichten. Alle Angaben sind streng vertraulich und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.**

Filderstadt, den

Gleich unterschreiben

oder beim ersten Termin

Gerne würden wir von Ihnen erfahren, wie Sie auf uns aufmerksam geworden sind. Bitte kreuzen Sie an:

- Telefonbuch/ Gelbseiten
- Google
- Homepage / Facebook
- speziell empfohlen durch Ihren Zahnarzt/ Zahnärztin Dr.
- empfohlen von Bekannten/ Familie
- Sie wurden bei uns behandelt
- Sonstiges