

Anmeldung

Patientenname: Vorname: geb:

Name des Versicherten (Eltern): Vorname: geb:

Straße:

PLZ: Wohnort: Telefon:

Handynummer:

E-Mail Adresse:

Arbeitgeber: Krankenkasse:

Bei Privat: Beihilfe? ☐ Ja ☐ Nein

Zahnarzt:

Name: Stadt:

1. Wurde der Patient schon einmal im Kopfbereich geröntgt? ☐ Ja ☐ Nein
2. Wenn ja, war dies innerhalb der letzten 12 Monate? ☐ Ja ☐ Nein
3. Wenn ja, bei welchem Arzt, Zahnarzt, Krankenhaus?
4. Besteht zur Zeit eine Schwangerschaft? ☐ Ja ☐ Nein
5. Wie lange liegt der letzte Zahnarztbesuch zurück?
6. War der Patient schon einmal in kieferorthopädischer Behandlung? ☐ Ja ☐ Nein
(wo: wann:)
7. Waren oder sind Geschwister in kieferorthopädischer Behandlung? ☐ Ja ☐ Nein
8. Hat der Patient Beschwerden beim Kauen? ☐ Ja ☐ Nein
9. Knirscht der Patient mit den Zähnen? ☐ Ja ☐ Nein
10. Schläft der Patient mit offenem Mund? ☐ Ja ☐ Nein
11. Ist der Patient zur Zeit in ärztlicher Behandlung? ☐ Ja ☐ Nein
(wenn ja, weshalb?)
12. Werden regelmäßig Medikamente eingenommen? ☐ Ja ☐ Nein
(wenn ja, welche:)
13. Bestehen irgendwelche schwerwiegenden Krankheiten? ☐ Ja ☐ Nein
(Rachitis, Diabetes, TBC, Asthma, Epilepsie, Herzfehler, Allergie, AIDS, Gelbsucht,
Blutungsneigung, sonstige Krankheiten:)
14. Lagen schon irgendwelche Mund- oder Kieferoperationen (z.B. Weißheitszahnentfernung)
bzw. Unfälle vor? ☐ Ja ☐ Nein
(wenn ja, wann: welcher Art:)

Bestehende Gewohnheiten:

Schnuller ☐ Ja ☐ Nein
Lippenbeißen ☐ Ja ☐ Nein
Mundatmung ☐ Ja ☐ Nein

Lutschen ☐ Ja ☐ Nein
Zungenbeißen ☐ Ja ☐ Nein
Sprachfehler ☐ Ja ☐ Nein

Datum: Unterschrift: