

Anmeldeformular zur kieferorthopädischen Beratung

Angaben zum Patienten:

.....
Name, Vorname geb. Beruf
.....
Straße, Hausnummer PLZ, Ort Tel.
.....
e-mail-Adresse

Angaben zum Hauptversicherten:

.....
Name, Vorname geb. Beruf
.....
Straße, Hausnummer (falls abweichend) PLZ, Ort Tel.

Krankenkasse:
Name Ihres Zahnarztes:
empfohlen, überwiesen von:

Wurden Sie bereits kieferorthopädisch beraten oder behandelt? Nein Ja
Falls ja, wann? durch Dr. Wurden Unterlagen erstellt? Nein Ja
Beißen Sie auf Lippen oder Zunge? Nein Ja
Schlafen Sie mit offenem Mund? Nein Ja
Knirschen Sie mit den Zähnen? Nein Ja
Hatten oder haben Sie einen Sprachfehler z.B. Lispeln ? Nein Ja
Wurden oder werde Sie deswegen behandelt? Nein Ja
Wurden Mandeln oder Polypen entfernt? Nein Ja

Haben Sie schwerwiegende Krankheiten? Nein Ja
o AIDS o Allergien o Asthma o Bluter
o Diabetes o Epilepsie o Herzfehler o Hepatitis
o Kreislauferkrankungen o Ohrenkrankheiten o Tuberkulose
Falls Ja, bitte genaue Angaben machen:
Falls Medikamente eingenommen werden, bitte angeben:

Hatten Sie Unfälle mit Zahnbeteiligung? Nein Ja
Falls ja, bitte genaue Angaben machen:

Spielen Sie ein Blasinstrument (Flöte, Trompete) ? Nein Ja
Was stört Sie an der Zahnfehlstellung am meisten?

Gemäß Röntgenverordnung bitte folgende Fragen beantworten:

Wurden die Zähne, der Kiefer oder der Schädel schon einmal geröntgt? Nein Ja
Falls ja, wann?
Wurden Röntgenbestrahlungen durchgeführt (Strahlentherapie bei Krebserkrankung)? Nein Ja
Bei Patientinnen: Sind Sie schwanger? Nein Ja

Die Fragen zum Gesundheitszustand dienen ausschließlich dazu, die Behandlung optimal auf den Patienten einzustellen. Alle Angaben sind streng vertraulich und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Bitte teilen Sie uns Änderungen umgehend mit.

Für die Richtigkeit der Angaben:
Unterschrift des Versicherten oder Erziehungsberechtigten