



Angaben zum Patienten:

Name:.....

Vorname:.....

Geburtsdatum:.....

Anschrift (Straße, PLZ, Ort):.....

Telefon (privat):.....

Telefon (berufl.):.....

Telefon (mobil):.....

Arbeitgeber:.....

Wer ist Ihr Zahnarzt?

Name:.....

Ort:.....

Bisher keiner vorhanden

Angaben zur Versicherung:

Versicherung/ Krankenkasse:.....

(Bitte geben Sie Ort und Geschäftsstelle an, z.B. :BEK Pulheim oder DAK Köln)

Sie sind: pflichtversichert freiwillig versichert privat versichert Selbstzahler

Bei privat versicherten Patienten:

Sind Sie beihilfeberechtigt? ja nein

Sind Sie im Basis-Tarif versichert? ja nein

Besteht eine Abtretungserklärung? ja nein

Angaben zum Hauptversicherten:

(Bitte nur ausfüllen, wenn der Patient nicht selbst Hauptversicherter ist)

Name:.....

Vorname:.....

Geburtsdatum:.....

Anschrift (Straße, PLZ, Ort):.....

Telefon (privat):.....

Telefon (berufl.):.....

Telefon (mobil):.....

Arbeitgeber:.....

- Die/ Der Hauptversicherte ist Ehegattin/ Ehegatte des Patienten
- Mutter des Patienten
- Vater des Patienten

Fragen zum Patienten:

Bestanden oder bestehen Krankheiten, die durch Bakterien/Viren hervorgerufen werden?
(z.B. Hepatitis, Scharlach, Röteln, Diphtherie, Masern, Tuberkulose, HIV, Grippe?) ja nein

Wenn ja, welche:.....
.....

Hat andernorts bereits eine kieferorthopädische Beratung stattgefunden? ja nein

Wenn ja, wann?.....Durch wen (Praxisname und -anschrift)?.....
.....

Hat andernorts bereits eine kieferorthopädische Behandlung stattgefunden? ja nein

➤ wann?
von.....bis.....

➤ durch wen (Praxisname und- anschrift)?.....
.....

- Erfolgte die Behandlung mit
 - herausnehmbaren Zahnspangen
 - festsitzenden Zahnspangen

➤ Wurden im Rahmen dieser Behandlung Zähne extrahiert? ja nein

- Wurde diese Behandlung
 - regulär abgeschlossen
 - abgebrochen

Wenn die Behandlung abgebrochen wurde, aus welchen Gründen geschah dies?

.....

Fragen im Rahmen der kieferorthopädischen Voruntersuchung:

Bitte beantworten Sie die nachstehenden Fragen möglichst vollständig. Sie können so für das Beratungsgespräch erforderliche Zeit verkürzen und uns helfen, eine umfassende Grundlage für die Behandlungsplanung zu schaffen.

Versicherte einer gesetzlichen Krankenkasse werden gebeten, die Krankenversicherungskarte (Chipkarte) einlesen zu lassen und diese jedes Quartal mitzubringen.

Im Rahmen der für die Behandlung notwendigen diagnostischen Maßnahmen sind Röntgenbilder des Schädels und des Gebisses unerlässlich. Dabei bemühen wir uns, die Strahlenbelastung so gering wie möglich zu halten. Aus diesen Gründen sollten Sie uns informieren, wenn in den vergangenen Monaten bei Ihrem Zahnarzt oder einem anderen Arzt Röntgenaufnahmen des Kopfes und /oder der Zähne erstellt wurden, damit wir entscheiden können, ob diese Bilder für die aktuelle kieferorthopädische Diagnostik zu verwenden sind und auf erneute Aufnahmen ganz oder teilweise verzichtet werden kann.

Hinweis für erwachsene Patientinnen: Informieren Sie bitte im Falle einer Schwangerschaft vor einer Röntgenuntersuchung den Kieferorthopäden/ die Röntgenassistentin!

1. Gab es größere chirurgische Eingriffe in den letzten Jahren? ja nein

Wenn ja,

welche?.....

wann?.....

durch wen (Praxisname und –anschrift)?.....

2. Gab es Unfälle in den letzten Jahren? ja nein

Wenn ja,

welche?.....

wann?.....

durch wen behandelt (Praxisname und –anschrift)?.....

.....

Gingen bei einem Unfall Zähne verloren? ja nein

Wenn ja, welche?.....

Wurden bei einem Unfall bleibende Zähne beschädigt? ja nein

Wenn ja, welche?.....

3. Bestehen Allergien? ja nein

Wenn ja, welche?

Nickel Chrom Pollen/ Gräser

Latex/ Gummi Gegen Medikamente (welche?.....)

Sonstige:.....

Ist ein Allergiepass vorhanden? ja nein

4. Sind Sie seit längerem wegen bestimmter Erkrankungen in ärztlicher Behandlung? ja nein

Wenn ja, weswegen?.....

5. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? ja nein

Wenn ja, welche?.....

6. Bestehen Erkrankungen?
- Kopf-/Rückenschmerzen? ja nein
Wenn ja, wie häufig?.....
 - Herz-Kreislaufkrankungen? ja nein
Wenn ja, welche?.....
 - Infektionskrankheiten? ja nein
Wenn ja, welche?.....
 - Bluterkrankungen? ja nein
Wenn ja, welche?.....
 - Blutgerinnungsstörungen? ja nein
Wenn ja, welche?.....
 - Schilddrüsenerkrankungen? ja nein
Wenn ja, welche?.....
 - Diabetes? ja nein
Wenn ja, Typ I oder II?.....
 - Epilepsie? ja nein
Wenn ja, welche?.....
 - Wachstumsstörungen? ja nein
Wenn ja, welche?.....
 - Rheumatoide Erkrankungen? ja nein
Wenn ja, welche?.....
 - Atemwegserkrankungen? ja nein
Wenn ja, welche?.....
 - Sonstige Erkrankungen ja nein
Wenn ja, welche?.....

7. Waren Sie bereits einmal bei einem Hals-Nasen-Ohrenarzt? ja nein
Wenn ja, weswegen?
- Entfernung der Polypen ja nein
Wenn ja, wann?.....
 - Entfernung der Mandeln ja nein
Wenn ja, wann?.....
 - Behandlung einer Mittelohrentzündung ja nein
 - Sonstige Behandlungen.....

8. Atmen Sie normalerweise ja nein durch die Nase?
durch den Mund? ja nein
Besteht eine erschwerte Nasenatmung? ja nein
Schnarchen Sie nachts? ja nein
Besteht eine Neigung zu Tagesmüdigkeit? ja nein

9. Knirschen Sie tagsüber mit den Zähnen? ja nein
nachts mit den Zähnen? ja nein

10. Bestanden oder bestehen Erkrankungen der Kiefergelenke? ja nein
- Probleme beim Kauen? ja nein
 - Schmerzen beim Kauen? ja nein
 - Muskelverspannung im Kieferbereich? ja nein
 - Gelenkgeräusche (z.B. Knacken) ja nein
 - Behinderung bei der Mundöffnung ja nein
 - Behinderung beim Mundschluss ja nein

11. Wenn eine dieser Fragen mit „ja“ beantwortet ist:
Wie lange bestehen die o.g. Beschwerden schon?

12. Wurden Sie bereits orthopädisch/manualmedizinisch behandelt? ja nein
Wenn ja, weswegen?.....

13. Anlass für die kieferorthopädische Beratung:
- Verbesserung der Kaufunktion
 - Verbesserung der Sprache
 - Verbesserung des Aussehens
 - Vorbeugung von Karies und parodontalen Erkrankungen
 - Sonstige Gründe.....
 - Überweisung durch:.....
 - Empfehlung von:.....

14. Nehmen Sie beim Hauszahnarzt an der Individualprophylaxe teil? ja nein

15. Datum der letzten (haus)zahnärztlichen Untersuchung/Behandlung:

16. Datum der letzten Röntgenaufnahme von Kopf/ Kiefer/ Zähnen:.....

17. Eine kieferorthopädische Behandlung dauert in der Regel mehrere Jahre.
Kann eine regelmäßige Kontrolle (alle 4-5 Wochen) sichergestellt werden? ja nein

Hinweis der Praxis:

Es ist möglich, dass heute bereits- neben einer ersten kieferorthopädischen Beratung – aus medizinischer Sicht vorbereitende diagnostische Maßnahmen zur eventuellen Erstellung eines Behandlungsplanes durchgeführt werden können. Sollten solche diagnostischen Maßnahmen von Ihnen gewünscht und schließlich durchgeführt werden, so sind die damit verbundenen Kosten ggf. von Ihnen zu tragen, soweit sie von der Krankenkasse nicht übernommen werden.

Privatpatienten und Patienten, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, erhalten für die durchgeführten diagnostischen Maßnahmen ebenfalls eine Rechnung.

Ihre Angaben werden streng vertraulich behandelt. Sie unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht gemäß §203 Strafgesetzbuch sowie den Bestimmungen des Datenschutzes.

Wir danken Ihnen bereits jetzt, dass Sie Änderungen bezüglich der mitgeteilten Angaben unverzüglich mitteilen.

Ich haben den Aufnahmebogen gelesen, ausgefüllt und erkenne ihn an.

Datum; Ort

Unterschrift des Versicherten