



**Angaben zum Patienten:**

Name: .....

Vorname: .....

Geburtsdatum: .....

Anschrift (Straße, PLZ, Ort): .....

Telefon (privat): .....

Telefon (berufl.): .....

Telefon (mobil): .....

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?  ja  nein

(z.B. Hepatitis, Scharlach, Röteln, Diphtherie, Masern, Tuberkulose, HIV, Grippe, COVID-19?)

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. Bestehen bei Eltern oder nahen Verwandten Gebissanomalien?  ja  nein  
 Wenn ja, welche?.....  
 .....
- 2. War/en ein/beide Elternteil(e) früher in kieferorthopädischer Behandlung?  ja  nein
- 3. Hat Ihr Kind gelutscht?  ja  nein  
 Wenn ja, woran?  
 Daumen  
 Nuckel  
 Sonstiges (.....)  
 Wenn ja, wie lange?  
 Nur bis zum 1. Lebensjahr  
 Bis zum 3. Lebensjahr  
 Bis zum 5. Lebensjahr  
 Bis heute
- 4. Wurde bzw. wird bei Ihrem Kind eine logopädische Behandlung (Sprechübungen) durchgeführt?  ja  nein  
 Wenn ja,  
 wann?.....durch wen?.....
- 5. Gab es größere chirurgische Eingriffe in den letzten Jahren?  ja  nein  
 Wenn ja,  
 welche?.....  
 wann?.....  
 durch wen (Praxisname und -anschrift)?.....
- 6. Gab es Unfälle in den letzten Jahren?  ja  nein  
 Wenn ja,  
 welche?.....  
 wann?.....  
 durch wen behandelt (Praxisname und -anschrift)?.....  
 .....
- Gingen bei einem Unfall Milchzähne verloren?  ja  nein  
 Wenn ja, welche?.....
- Wurden bei einem Unfall bleibende Zähne beschädigt?  ja  nein  
 Wenn ja, welche?.....

7. Bestehen Allergien?  ja  nein

Wenn ja, welche?

- Nickel
- Chrom
- Pollen/ Gräser
- Latex/ Gummi
- Gegen Medikamente; welche? .....
- Sonstige: .....

Ist ein Allergiepass vorhanden?  ja  nein

8. Ist Ihr Kind seit längerem wegen bestimmter Erkrankungen in ärztlicher Behandlung?  ja  nein

Wenn ja, weswegen? .....

9. Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein?  ja  nein

Wenn ja, welche?.....

10. Bestehen Erkrankungen?  ja  nein

- 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?.....

11. War Ihr Kind 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.....

12. Atmet Ihr Kind normalerweise ... durch die Nase?  ja  nein  
durch den Mund?  ja  nein  
Besteht eine erschwerte Nasenatmung?  ja  nein  
Schnarcht Ihr Kind nachts?  ja  nein
13. Knirscht Ihr Kind ... tagsüber mit den Zähnen?  ja  nein  
nachts mit den Zähnen?  ja  nein
14. 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
15. War Ihr Kind bereits einmal bei einem Orthopäden/Manualmediziner?  ja  nein  
Wenn ja, weswegen?.....  
Wurden orthopädische Einlagen verordnet?  ja  nein
16. Anlass für die kieferorthopädische Beratung:  
 Verbesserung der Kaufunktion  
 Verbesserung der Sprache  
 Verbesserung des Aussehens  
 Vorbeugung von Karies und parodontalen Erkrankungen  
 Sonstige Gründe .....
17. Nimmt Ihr Kind beim Hauszahnarzt an der Individualprophylaxe teil?  ja  nein
18. Datum der letzten (haus)zahnärztlichen Untersuchung/Behandlung:.....
19. Datum der letzten Röntgenaufnahme von Kopf/ Kiefer/ Zähnen: .....
20. 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 / des Erziehungsberechtigten