



Anmeldeformular zur kieferorthopädischen Behandlung

Herzlich willkommen in unserer Praxis!

Bevor wir uns über Ihre kieferorthopädische Behandlung unterhalten, benötigen wir neben dieser Anmeldung auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand.

Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Mit Ihrer Unterschrift erklären Sie Ihr Einverständnis, bei festgestellter Behandlungsbedürftigkeit, die zur Therapie erforderlichen diagnostischen Unterlagen in dieser Praxis erstellen zu lassen.

Patient

Name Vorname geb.

Straße Nr.

PLZ Ort Tel. privat

Vertragspartner (z.B. Erziehungsberechtigter, Rechnungsempfänger, Versicherter)

Name Vorname geb.

Straße Nr.

PLZ Ort Tel. privat

Arbeitgeber Beruf

Mobil: Tel. Geschäft e-mail

Krankenkasse -----

Zahnarzt) -----
(Einverständnis für Informationsaustausch)

empfohlen von- -----

Besteht eine Beihilfeberechtigung ja nein

Besteht eine private Zusatzversicherung ja nein

Für Kassenpatienten:

Wir benötigen die Krankenversicherungskarte bei jedem Besuch in der Praxis. Liegt Sie uns auch eine Woche vor Quartalsende nicht vor, so betrachten wir Sie als Privatpatient.

Wurde der Patient schon kieferorthopädisch beraten oder behandelt? nein ja
Falls ja, wann? durch Dr. Wurden Unterlagen erstellt? nein ja
Was stört Sie bei der Zahnfehlstellung am meisten? _____



Kieferorthopädie
Dr. Brigitte Hartmann
Fachzahnärztin

Rennstr. 1, 70499 Stuttgart
Telefon: 0711/ 8 87 66 00
Fax: 0711/ 8 87 66 01
e-mail: praxis@kfo-weilimdorf.de

Liegen oder lagen Kiefergelenksbeschwerden vor? nein ja
Falls ja, wurden diese bereits behandelt? nein ja

Wurden oder werden Geschwister kieferorthopädisch behandelt? nein ja

Hat der Patient gelutscht (z.B. Daumen oder Schnuller)? Falls ja, wie lange? _____ nein ja

Hatte oder hat der Patient einen Sprachfehler? nein ja
Wenn ja, wird oder wurde er deswegen behandelt? nein ja
Wann? _____ Wo? _____

Schläft der Patient mit offenem Mund? nein ja
Atmet er vorwiegend durch den Mund bzw. ist der Mund tagsüber oft geöffnet? nein ja

Wurden Mandeln oder Polypen entfernt? Wenn ja, wann: _____ nein ja

Hat der Patient eine spezielle Angewohnheit (Nägelbeißen, Zungenpressen, Lippenbeißen, Knirschen, – zutreffendes unterstreichen, sonstiges _____) nein ja

Spielt der Patient ein Blasinstrument? nein ja
Sonstige Freizeitaktivitäten / Sport: _____

Hatte der Patient Unfälle mit Zahnbeteiligung? nein ja
Falls ja, bitte genaue Angaben machen _____

Hat der Patient schwerwiegende Krankheiten? nein ja

Kreislaufkrankungen **Herzfehler** **Hepatitis** **Epilepsie** **Diabetes**
Tuberkulose **Aids** **Bluter** **Schilddrüsenerkrankung** **Ohrenkrankheiten**
Asthma **Neurodermtis** **Allergien** gegen: _____
Sonstiges _____

Werden regelmäßig Medikamente eingenommen? Wenn ja, welche? _____ nein ja

Wurden die Zähne, der Kiefer oder der Schädel in den letzten 12 Monaten geröntgt? Wann? nein ja
Hat der Patient einen Röntgenpaß? nein ja

Bei Patientinnen. Sind Sie schwanger? nein ja

Hinweis: Im Rahmen der für die Behandlung notwendigen diagnostischen Maßnahmen sind Röntgenbilder des Schädels und des Gebisses (bei noch wachsenden Patienten evtl. auch der Hand) unerlässlich. Dabei bemühen wir uns, die Strahlenbelastung so gering wie möglich zu halten. Bitte informieren Sie uns, wenn in den vergangenen Monaten bei Ihrem Zahnarzt Röntgenaufnahmen der Zähne hergestellt wurden, damit wir entscheiden können, ob diese Bilder für die aktuelle kieferorthopädische Diagnostik zu verwenden sind.

Einwilligung in die Übersendung von Befundberichten und/oder Röntgenaufnahmen an weiterbehandelnde Co-Therapeuten (z.B. Hauszahnarzt, Kieferchirurg, Physiotherapeut o.ä.).

Desweiteren erteilen Sie uns mit Ihrer Unterschrift das Einverständnis zur Erstellung von Röntgenaufnahmen bei Ihrem minderjährigen Kind wenn im Rahmen der kieferorthopädischen Untersuchung bzw. Behandlung welche benötigt werden.

Vielen Dank für Ihre Mithilfe! Bitte teilen Sie uns Änderungen umgehend mit.

Datum, Unterschrift Vertragspartner (Patient, bei Minderjährigen der/ die Erziehungsberechtigte(n))