

Anmeldeformular zur Kiefergelenksprechstunde

Herzlich willkommen in unserer Praxis!

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

Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Patient/Vertragspartner

Name	Vorname	geb.
------	---------	------

Straße	Nr.
--------	-----

PLZ	Ort	Tel. privat
-----	-----	-------------

Arbeitgeber	Beruf
-------------	-------

Mitglied

Name	Vorname	geb.
------	---------	------

Straße	Nr.
--------	-----

PLZ	Ort	Tel. privat
-----	-----	-------------

Krankenkasse: _____

Hausarzt: _____

Zahnarzt: _____

empfohlen von _____

Wurden Sie schon kieferorthopädisch beraten oder behandelt? nein O ja O
Falls ja, wann? durch Wurden Unterlagen erstellt? nein O ja O

Seit wann liegen Ihre aktuellen Beschwerden vor? _____

Tragen Sie eine Schiene? Wenn ja seit wann? _____ nein O ja O

Schlafen Sie mit offenem Mund? nein O ja O
Atmen Sie vorwiegend durch den Mund bzw. ist der Mund tagsüber oft geöffnet? nein O ja O

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

Haben Sie eine spezielle Angewohnheit (Nägelbeißen, Zungenpressen, Lippenbeißen,
Knirschen, – zutreffendes unterstreichen, sonstiges _____) nein O ja O

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

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

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

Wurden die Zähne, der Kiefer oder der Schädel in den letzten
12 Monaten geröntgt? Falls ja, wann? _____ nein O ja O

Besitzen Sie einen Röntgenpaß? nein O ja O

Bei Patientinnen. Sind Sie schwanger? nein O ja O

Bisherige Behandlungen (Bitte zutreffendes ankreuzen und Namen angeben)

- O Hals-Nasen-Ohrenarzt _____
- O Psychologe /Psychotherapeut _____
- O Neurologe _____
- O Physiotherapie / Krankengymnastik / Osteopath _____
- O Orthopäde _____
- O Sonstiges _____

**Wir bitten Sie, uns zum Erstberatungstermin alle relevanten Arztbriefe, Befunde,
Berichte, Überweisungen, Röntgenbilder und falls vorhanden Ihre „Schiene“
mitzubringen.**

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

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

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