

## 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 O ja O  
Falls ja, wann? durch Dr. \_\_\_\_\_ Wurden Unterlagen erstellt? nein O ja O

Was stört Sie bei der Zahnfehlstellung am meisten? \_\_\_\_\_

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

Wurden oder werden Geschwister kieferorthopädisch behandelt? nein O ja O

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

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

Schläft der Patient mit offenem Mund? nein O ja O  
Atmet er 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

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

Spielt der Patient ein Blasinstrument? nein O ja O  
Sonstige Freizeitaktivitäten / Sport: \_\_\_\_\_

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

Hat der Patient schwerwiegende Krankheiten? nein O ja O

**Kreislaufkrankungen** O **Herzfehler** O **Hepatitis** O **Epilepsie** O **Diabetes** O  
**Tuberkulose** O **Aids** O **Bluter** O **Schilddrüsenerkrankung** O **Ohrenkrankheiten** O  
**Asthma** O **Neurodermtis** O **Allergien** O gegen: \_\_\_\_\_  
**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? Wann? nein O ja O  
Hat der Patient einen Röntgenpaß? nein O ja O

Bei Patientinnen. Sind Sie schwanger? nein O ja O

**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 /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))