

## Anmeldung für neue Patienten

Patientenname:.....Vorname:.....Geb.:.....  
PLZ:..... Wohnort:..... Straße:.....  
Tel.:.....Handy:.....Mail-Adresse:.....  
Name des Versicherten:.....Geb.:.....  
Beruf:.....Arbeitgeber:.....  
Krankenkasse:.....Geschäftsstelle:.....  
Zahnarzt:..... Hausarzt:.....  
Empfohlen/Überwiesen durch:.....

### **Gemäß Röntgenverordnung bitte folgende Fragen ankreuzen:**

- Wurde der Patient schon einmal geröntgt? O ja O nein
- Wenn ja, wann? .....
- Wenn ja, bei welchem Arzt, Klinik? .....
- Besteht zur Zeit eine Schwangerschaft? O ja O nein
- Wie lange liegt der letzte Zahnarztbesuch zurück?.....

### **Zahnärztliche Anamnese:**

- War der Patient schon einmal in kieferorthopädischer Behandlung? O ja O nein
- Wenn ja, wo? Und wann? .....
- Wurden bleibende Zähne gezogen? O ja O nein
- Waren Geschwister in kieferorthopädischer Behandlung? O ja O nein
- Hat eine der Eltern oder Geschwister eine Zahnfehlstellung? O ja O nein
- Hat der Patient Beschwerden beim Kauen? O häufig O gelegentlich O nein
- Knirscht der Patient mit den Zähnen? O häufig O gelegentlich O nein
- Hat der Patient Zahnfleischbluten? O häufig O gelegentlich O nein
- Leidet der Patient unter Kopfschmerzen? O häufig O gelegentlich O nein
- Wer führt die Individualprophylaxe durch O Hauszahnarzt \_\_\_\_\_ O KFO Amsel

### **Medizinische Anamnese:**

- Ist der Patient in ärztlicher Behandlung? O ja O nein
- Wenn ja, wo und weshalb? .....
- Werden regelmäßig Medikamente eingenommen? O ja O nein
- Wenn ja, welche? .....
- Bestehen irgendwelche oder bestanden schwerwiegenden Krankheiten? O ja O nein  
( Rachitis, Diabetes, Tuberkulose, Asthma, Epilepsie, AIDS, Blutungsneigung usw.)

- Lagen schon irgendwelche Mund- oder Kieferoperationen bzw. Unfälle vor mit Beteiligung des Gesichts, der Kiefer oder der Zähne? O ja O nein  
Wenn ja, wann und was? .....

### **Gewohnheiten: - bitte angeben: wenn „ja“ – bis zu welchem Alter?**

- Schnuller O ja O nein -Sprachfehler O ja O nein
- Lippenbeißen O ja O nein -Zungenbeißen O ja O nein
- Nägelkauen O ja O nein -Mundatmung O ja O nein
- Lutschen O ja O nein -Schnarchen O ja O nein
- Spielt der Patient ein Blasinstrument? O Ja welches..... O nein
- Treibt der Patient Sport (z.B. Boxen, Ballsportart)? O Ja welche..... O nein
- Hat ihr Kind an Sprecherziehung teilgenommen? O ja O nein
- Wohnt das Kind bei den Eltern? O ja O nein
- Ist das Kind an einer Bissregulierung interessiert? O ja O nein

***Ich bin damit einverstanden die Kosten von ca. 30 € (10 – 20 % bei GKV ) für die Erstellung des kieferorthopädischen Behandlungsplanes selbst zu tragen, diese werden bei erfolgreichem Behandlungsabschluss von der Krankenkasse zurückerstattet...***

Ort, Datum

Unterschrift