

Patientenerfassungsbogen

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient, liebe Eltern,
bei der ersten Untersuchung werden die Mundfunktion, die Zungenfunktion, die Schluckfunktion, die Atmung, die Stellung der Zähne, die Mundhygiene und das Gesichtsmuster untersucht und Sie erhalten eine erste Einschätzung der Kieferlage. Wir werden Ihnen wahrscheinlich schon am Ende des Termins sagen können, ob eine kieferorthopädische Behandlung erforderlich ist und welche Apparaturen voraussichtlich benötigt werden.

Wir bitten Sie zunächst einige Fragen zu beantworten, die als wichtige Informationen für eine erfolgreiche Behandlung dienen.

	Nachname	Vorname	Geburtsdatum
Patient			
Mutter			
Vater			

Anschrift

Straße: _____ Hausnr.: _____

PLZ: _____ Ort: _____

Telefon

Privat: _____ Mobil: _____

Arbeit: _____ Email: _____@_____

Versicherung/Krankenkasse: _____

Name des Hauptversicherten: _____

Patient ist O selbst versichert über O Vater über O Mutter

Beruf (Mutter/Vater/Patient): _____

Name des Arbeitgebers

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? Zahnarzt Bekannte / Freunde Internet

Sonstiges: _____

Anamnesebogen und Einverständnis

Name, Vorname Patient bitte leserlich eintragen

Patientenaufkleber

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient, für eine ordnungsgemäße Diagnose und Behandlung ist es erforderlich, dass Sie die folgenden Angaben **sorgfältig** machen. Bei Minderjährigen ist die Anamnese von den Eltern auszufüllen.

Haben oder hatten Sie...	Nein X	Ja X	Bemerkungen:
Allergien (Allergiepass vorlegen)			
Anfallsleiden (Epilepsie)			
Blutgerinnungsstörungen			
Diabetes			
Herzerkrankungen			
Kreislaufkrankungen			
Infektionskrankheiten (z.B. Hepatitis, HIV)			
Rheuma			
Osteoporose			
Lebererkrankungen			
Lungenerkrankungen			
Magen-, Darmerkrankungen			
Nierenerkrankungen			
Schilddrüsenkrankungen			
Erhöhter Augeninnendruck (Glaukom)			
Tumorerkrankungen			
Psychosomatische Erkrankungen			
Sind Sie Raucher/Raucherin			
Sind Sie Schwanger			
Befinden Sie sich in ärztlicher Behandlung			
Nehmen Sie derzeit Medikamente ein			
Weitere Erkrankungen			
Frühere Operationen			
Name der Hausärztin/des Hausarztes:			
Name der Hauszahnärztin/des Hauszahnarztes:			
Beruf:		Körpergewicht	kg

Wir bitten Sie, uns Änderungen unverzüglich mitzuteilen

Einverständniserklärung zur Behandlung.

Mit der Behandlung und mit der Anfertigung und Erstellung notwendiger Röntgenbilder bin Ich einverstanden.

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten bzw. Erziehungsberechtigten

1. Was erwarten Sie von einer kieferorthopädischen Behandlung? Beschreiben Sie ihr Hauptanliegen:

2. Wurden Sie schon einmal im Mund-, Kiefer-, Gesichtsbereich operiert? Wenn ja, wann und warum:

3. Lagen irgendwelche Unfälle im Mund-, Kiefer-, Gesichtsbereich vor? Ja nein
Wurden Zähne beschädigt oder gingen dabei verloren? Wenn ja, welche? Ja nein

4. Wurde der Kieferknochen oder das Kiefergelenk geschädigt, wenn ja in welchem Bereich?

5. Liegen Schmerzen, Beschwerden, Knacken im Kiefergelenk vor? Ja nein

6. Leiden Sie unter Verspannungen im Hals Schulter Bereich, Schwindelgefühl, Ohrgeräusch, Kopfschmerzen oder Aufmerksamkeitsstörungen? Ja nein

7. Wird durch den Mund geatmet oder geschnarcht Ja nein

8. Liegen Sprachstörungen wie Stottern, Lispeln oder Näseln vor? Ja nein

9. Befinden oder befanden Sie sich bereits in logopädischer Behandlung? Ja nein

10. Wann wurden Sie die letzte Röntgenuntersuchung im Bereich des Gesichts oder der Zähne? Welche Art der Aufnahme, bei welchem Arzt (Name) und wann (Datum):

11. Wurden Sie schon einmal kieferorthopädisch beraten oder behandelt? Ja nein
Bei wem? Kieferorthopäde / Zahnarzt?

12. Wurde die kieferorthopädische Behandlung abgeschlossen oder abgebrochen? Ja nein

13. Name des Hauszahnarztes, Anschrift, Telefonnummer:

Dr. Julia R. Mierke

Fachzahnärztin für Kieferorthopädie

64807 Dieburg

Steinstraße 14
(Fußgängerzone)
06071-25111

14. Beabsichtigen Sie in der nächsten Zeit ihren Wohnsitz zu wechseln? Ja nein

Wenn ja, wann und wohin?

Vielen Dank für die Beantwortung der Fragen.

Bei uns ist eine Behandlung ohne Abdrücke möglich!
Sprechen Sie uns darauf an!



Zahnsperre ohne Abdruck