



Herzlich willkommen in unserer Praxis für Kieferorthopädie Dr. Sabine Schnitzler. Wir möchten uns mit Ihnen in Ruhe über Ihre kieferorthopädischen Wünsche unterhalten und Sie umfassend beraten. Dazu benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist für eine adäquate und angenehme Behandlung sehr wichtig. Unsere Anmeldung nimmt Ihre Angaben selbstverständlich streng vertraulich und diskret entgegen.

Patient:

Name

Vorname

Geb. Datum

Straße/Nr.

PLZ/Ort

Telefon

Zahnarzt

Krankenkasse

- privat voll-versichert
- Basis-Tarif einer privaten Versicherung
- gesetzlich versichert
- freiwillig versichert
- Zusatzversicherung für Kieferorthopädie
- Beihilfe

Versicherter:

Name

Vorname

Geb. Datum

Straße/Nr.

PLZ/Ort

Telefon

Ich versichere rechtsverbindlich, dass meine Angaben zutreffen. Über Änderungen werde ich die Praxis immer umgehend informieren.

Ort, Datum

Unterschrift
(des Versicherten; bei Minderjährigen: des Erziehungsberechtigten)

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

- Bekannte oder Verwandte Internet
- Werbung (Anzeige Tagespresse/Fachzeitschrift etc.)
- Sonstiges

- Ja Nein
- Wurde bereits eine kieferorthopädische Behandlung durchgeführt? ja nein

Wenn ja, wo?

- Sind oder waren Geschwister in kieferorthopädischer Behandlung? ja nein
- Sind oder waren Eltern in kieferorthopädischer Behandlung? ja nein
- Bestehen allgemeinmedizinische Erkrankungen (Herz, Leber, Niere, Blutgerinnungsstörungen, Zuckerkrankheit) oder Infektionskrankheiten (Hepatitis, Aids)? ja nein

Wenn ja, welche?

- Epilepsie? ja nein
- Liegt ein Herzpass vor? ja nein
- Wurden Polypen entfernt? ja nein
- Wurden Tonsillen (Gaumenmandeln) entfernt? ja nein
- Wird anderweitig eine ärztliche Behandlung durchgeführt? ja nein

Wenn ja, welche?

- Wurde oder wird eine physiotherapeutische oder osteopathische Behandl. durchgeführt? ja nein

- Bestehen Allergien? ja nein

Wenn ja, welche?

- Asthma? ja nein
- Bestand eine Lutschgewohnheit? ja nein

Wenn ja, wie lange?

- Gab es Unfälle mit Beteiligung der Zähne oder des Kiefers? ja nein

Wenn ja, welche?

- Schlafen mit offenem Mund? ja nein
- Schnarchen? ja nein
- Schlafstörungen? (Durchschlafstörung/OSAS) ja nein
- Bestehen Beschwerden im Bereich der Kiefergelenke/der Kaumuskulatur? ja nein

- Wird mit den Zähnen geknirscht oder gepresst? ja nein

- Gibt es Rückenprobleme oder wiederkehrende Kopfschmerzen? ja nein

- Liegt Tagesmüdigkeit oder Hyperaktivität (auch ADS oder ADHS) vor? ja nein

- Liegen Atmungsstörungen (z. B. Mundatmung, oftmals im Jahr Erkältung o.ä.) vor? ja nein

- Besteht eine Schwangerschaft? ja nein

- Wurden im Kopfbereich Röntgenaufnahmen angefertigt? ja nein

Wenn ja, wann?