



Anamnese

Patient Beruf: _____
Name, Vorname _____
Geburtsdatum _____
Straße, Nr. _____
PLZ, Ort _____
Telefon/Mobil _____
Hauszahnarzt: _____
Empfohlen/überwiesen von: _____

Versicherungsart: GKV Privat/Beihilfe Voll Privat
Basistarif einer privaten Vers. Zusatzversicherung für KFO
Krankenkasse: _____
Krankenversicherung durch: Vater Mutter selbst versichert
E-Mail _____
Hausarzt: _____

Wünschen Sie eine kostenfreie Terminerinnerung per E-Mail? Ja Nein

Mutter Beruf: _____
Name, Vorname _____
Geburtsdatum _____
Straße, Nr. _____
PLZ, Ort _____
Telefon/Mobil _____
E-Mail _____
Krankenversicherung: GKV Beihilfe Privat

Vater Beruf: _____
Name, Vorname _____
Geburtsdatum _____
Straße, Nr. _____
PLZ, Ort _____
Telefon/Mobil _____
E-Mail _____
Krankenversicherung: GKV Beihilfe Privat

Wurde der Patient schon kieferorthopädisch behandelt? Ja Nein wann? _____
Wurden/werden Geschwister kieferorthopädisch behandelt? Ja Nein wo? _____
Beißt der Patient auf Lippen oder Zunge? Ja Nein
Schläft der Patient mit offenem Mund? Ja Nein
Knirscht der Patient mit den Zähnen? Ja Nein wann? _____
Hatte/hat der Patient einen Sprachfehler? Ja Nein
Wurde/wird der Patient deswegen behandelt? Ja Nein wo? _____
Wurden Mandeln oder Polypen entfernt? Ja Nein
Hat der Patient schwerwiegende Krankheiten? Ja Nein
Asthma Epilepsie Diabetes
Tuberkulose Hepatitis Ohrenkrankheiten _____
Besteht eine Allergie? Ja Nein wogegen? _____
Werden regelmäßig Medikamente eingenommen? Ja Nein welche? _____
Hatte der Patient Unfälle mit Zahnbeteiligung? Ja Nein wann? _____
Gehen Sie zu regelmäßigen Kontrollen zum Zahnarzt? Ja Nein
Gehen Sie regelmäßig zu Professionellen Zahnreinigung? Ja Nein
Was stört sie bei der Zahnfehlstellung am meisten? _____

Gemäß Röntgenverordnung vom 1.3.1973 bitte folgende Fragen beantworten:

1. Wurde der Patient schon einmal geröntgt? Ja Nein wann? _____
2. Waren es Untersuchungen der Zähne oder Kiefer? Ja Nein
3. Bei weiblichen Patienten: Sind Sie schwanger? Ja Nein

Alle Angaben sind streng vertraulich und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Für die Richtigkeit der Angaben:

Ort, Datum

Unterschrift