

Anmeldung

Patientenname: Vorname: geb:

Name des Versicherten: Vorname: geb:

Straße:

PLZ: Wohnort: Telefon:

Handynummer:

E-Mail Adresse:

Arbeitgeber: Krankenkasse:

Zahnarzt:

Name: Stadt:

1. Wurde der Patient schon einmal im Kopfbereich geröntgt? Ja Nein
2. Wenn ja, war dies innerhalb der letzten 12 Monate? Ja Nein
3. Wenn ja, bei welchem Arzt, Zahnarzt, Krankenhaus?
4. Besteht zur Zeit eine Schwangerschaft? Ja Nein
5. Wie lange liegt der letzte Zahnarztbesuch zurück?
6. War der Patient schon einmal in kieferorthopädischer Behandlung? Ja Nein
(wo: wann:)
7. Waren oder sind Geschwister in kieferorthopädischer Behandlung? Ja Nein
8. Hat der Patient Beschwerden beim Kauen? Ja Nein
9. Knirscht der Patient mit den Zähnen? Ja Nein
10. Schläft der Patient mit offenem Mund? Ja Nein
11. Ist der Patient zur Zeit in ärztlicher Behandlung? Ja Nein
(wenn ja, weshalb?))
12. Werden regelmäßig Medikamente eingenommen? Ja Nein
(wenn ja, welche:)
13. Bestehen irgendwelche schwerwiegenden Krankheiten? Ja Nein
(Rachitis, Diabetes, TBC, Asthma, Epilepsie, Herzfehler, Allergie, AIDS, Gelbsucht, Blutungsneigung, sonstige Krankheiten:)
14. Lagen schon irgendwelche Mund- oder Kieferoperationen (z.B. Weißheitszahnentfernung) bzw. Unfälle vor? Ja Nein
(wenn ja, wann: welcher Art:)

Bestehende Gewohnheiten:

Schnuller	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Lutschen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Lippenbeißen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Zungenbeißen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Mundatmung	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Sprachfehler	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

Datum: Unterschrift: