

# DR. MAREN STEINWAND

Fachzahnärztin für Kieferorthopädie

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

wir möchten Sie herzlich in unserer Praxis willkommen heißen und bitten Sie, den Anmeldebogen und den umseitigen Gesundheitsfragebogen auszufüllen.

Die Erstuntersuchung ist ein wichtiger, zeitaufwendiger Bestandteil der Diagnostik. Es werden die Mundfunktion, die Zungenfunktion, Atmung, die Zähne, die Knochenstruktur und das Gesichtsmuster untersucht.

Daraus ergibt sich, ob bei Ihnen ein kieferorthopädischer Behandlungsbedarf besteht.

Familienname:

Vorname:

Geburtsdatum:

Straße/Hausnummer

Telefonnummer/Handynummer:

PLZ und Wohnort

Beruf:

Email-Adresse:

Arbeitgeber:

Telefonnummer des Arbeitgebers (freiwillig):

Krankenversicherung:

Privat versichert?

Zusatzversicherung? Name:

Empfohlen von:

Zahnarzt:

Wurde die Vorstellung vom Zahnarzt angeraten?

Sind Sie einverstanden, dass der Zahnarzt über die Beratung informiert wird? Ja  Nein

# Gesundheitsfragebogen

- Was ist Ihr Anliegen? .....
- Waren Sie schon einmal in kieferorthopädischer Behandlung? Ja  Nein   
Wenn ja, wann? ..... Wo? .....
- War/Ist ein Familienangehöriger bereits bei uns in Kieferorthopädischer Behandlung? Ja  Nein
- Waren Sie schon einmal in logopädischer Behandlung? Ja  Nein
- Liegt bei Ihnen eine Parodontitis vor? Ja  Nein
- Wurden Rachenmandeln (Polypen) oder Gaumenmandeln bereits entfernt? Ja  Nein
- Waren Sie während der letzten Jahre im Krankenhaus oder in ärztlicher Behandlung? Ja  Nein   
Wenn ja, der Grund der Behandlung: .....
- Vorliegende Syndrome.....
- Liegt in Ihrer Familie eine kieferorthopädische Fehlstellung vor? Ja  Nein

Allergien .....

Wurde in den letzten 6 Monaten geröntgt? Wenn ja, wann und wo? .....

- |                                   |   |                                    |   |
|-----------------------------------|---|------------------------------------|---|
| Hoher Blutdruck                   | Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | Drogenabhängigkeit                 | Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>   |
| Niedriger Blutdruck               | Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | Nierenerkrankungen                 | Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>   |
| Endokarditis                      | Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | Ohnmachtsanfälle                   | Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>   |
| Herz-OP                           | Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | Osteoporose Erkrankung             | Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>   |
| Lebererkrankung/Hepatitis         | Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | Rheuma/Arthritis                   | Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>   |
| Creutzfeld-Jakob-Krankheit        | Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | Raucher                            | Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>   |
| Infektionskrankheiten (z.B. MRSA) | Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | Schilddrüsenerkrankung             | Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>   |
| Gelbsucht/Tuberkulose             | Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | Schnarchen Sie?                    | Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>   |
| Epilepsie                         | Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | Brillenträger: Dioptrien Differenz | .....   |
| Asthma/Lungenerkrankungen         | Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | Kopfschmerzen ? Wie häufig ?       | .....   |
| Blutgerinnungsstörung             | Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | Atmung vorwiegend                  | Nase <input type="checkbox"/> Mund <input type="checkbox"/> |
| Diabetes/Zuckerkrankheit          | Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | Sonstige Krankheiten:              | .....   |

Sollten Sie einen längeren Termin nicht einhalten können, bitten wir Sie diesen 24 Stunden vorher abzusagen. Bei unentschuldigtem Fernbleiben behalten wir uns vor, ein Ausfallhonorar in Höhe von Euro 50,- pro Stunde in Rechnung zu stellen.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient/Erziehungsberechtigter

Informationen zur Erhebung personenbezogener Daten sind in der Praxis einsehbar. Mit der Verarbeitung bin ich einverstanden- auch, dass ich weiterhin in der Praxis mit dem vollen Namen aufgerufen werde.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient/Erziehungsberechtigter

FÜR EIN  
BEZAUBERNDEN  
LÄCHELN

Für ein bezauberndes Lächeln

