

Erwachsene

## HERZLICH WILLKOMMEN IN UNSERER PRAXIS!

Bevor wir uns in Ruhe über Ihr kieferorthopädisches Anliegen unterhalten, benötigen wir neben Angaben zu Ihrer Person auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine adäquate und risikofreie Behandlung – denn auch Allgemeinerkrankungen können Auswirkungen auf die kieferorthopädische Behandlung haben. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dem Datenschutz.

### PERSÖNLICHE DATEN

Name, Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Telefon/Handy: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_ Arbeitgeber: \_\_\_\_\_

Hausarzt: \_\_\_\_\_

Zahnarzt: \_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Versicherungsart:  gesetzlich versichert  freiwillig versichert  privat voll-versichert  Beihilfe  
 Basistarif einer privaten Versicherung  Zusatzversicherung für Kieferorthopädie

Was ist der Anlass Ihres Besuches in unserer Praxis?

aus eigenem Antrieb, weil: \_\_\_\_\_

auf Anraten von: \_\_\_\_\_ Grund: \_\_\_\_\_

Waren Sie schon einmal in kieferorthopädischer Behandlung?  ja  nein

Wenn ja, wo/wann? \_\_\_\_\_

Dürfen wir von Ihnen angefertigte Röntgenbilder zur Info an Ihren behandelnden Zahnarzt/Chirurg per Mail senden?  ja  nein

### ANAMNESE

Herz-Kreislaufkrankungen  nein  ja \_\_\_\_\_

Allergien (z.B. Medikamente, Nickel, Kunststoff, Latex)  nein  ja \_\_\_\_\_

Gelenkschmerzen (z.B. Rheuma, Arthritis)  nein  ja \_\_\_\_\_

Psychische/neurologische Erkrankungen  nein  ja \_\_\_\_\_

Epilepsie (Anfallsleiden)  nein  ja \_\_\_\_\_

Haltungsschäden (z.B. Skoliose, Beckenschiefstand)  nein  ja \_\_\_\_\_

Blutgerinnungsneigung/Bluterkrankungen  nein  ja \_\_\_\_\_

Infektionskrankheiten (z.B. HIV, Hepatitis)  nein  ja \_\_\_\_\_

Asthma/Lungenerkrankungen  nein  ja \_\_\_\_\_

Sonstige Erkrankungen/Infektionen: \_\_\_\_\_

Liegt eine Schwangerschaft vor? (*Patientinnen*)  ja  nein

Derzeitige Medikamente: \_\_\_\_\_  
(*bitte Medikamente auflisten*)

Wurden Sie in den letzten 1-2 Jahren im Bereich des Kopfes geröntgt?  ja  nein

Gab es Unfälle mit Beteiligung der Zähne oder des Kiefers?  ja  nein  
Wenn ja, welche/wann? \_\_\_\_\_

Gab es Operationen im Kopf-/Halsbereich?  ja  nein  
Wenn ja, welche/wann? \_\_\_\_\_

Rauchen Sie?  ja  nein

Schnarchen Sie?  ja  nein

Besteht oder bestand Zähneknirschen/Zähnepressen?  ja  nein

Atmen Sie tagsüber u/o nachts häufig durch den Mund?  ja  nein

Ist das Kauen/Beißen erheblich beeinträchtigt?  ja  nein

Haben Sie Beschwerden/Schmerzen/Knacken im Kiefergelenk?  ja  nein

Sind Schwindelgefühl, Ohrgeräusche, Kopfschmerzen, Muskelschmerzen,  
Verspannungen im Hals- und Schulterbereich vorhanden?  ja  nein

Besteht oder bestanden Sprachstörungen (z.B. Lispeln)?  ja  nein

Befanden Sie sich schon einmal in logopädischer Behandlung?  ja  nein

Sind Zahn-/Kieferfehlstellungen in Ihrer Familie bekannt?  ja  nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden? \_\_\_\_\_

Ich bestätige hiermit die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner Angaben. Ich bin darüber informiert, dass in einem Behandlungsraum an mehr als an einer Behandlungseinheit behandelt wird, und stimme dem zu.

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift

**Vielen Dank für die Beantwortung der Fragen!**

**Ihr Praxisteam Dr. Johannes Ziegler**