

## Willkommen bei ihre zahnspange

### Anmeldung zur Beratung

Name Patient\*in: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ geb.: \_\_\_\_\_  
Postleitzahl: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_ Straße: \_\_\_\_\_  
Krankenkasse: \_\_\_\_\_  
Name Hauptversicherte\*: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ geb.: \_\_\_\_\_  
Mobil-Nr.: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_ Festnetz: \_\_\_\_\_  
Kostenfreie Terminerinnerung per SMS:  ja  nein Mobil-Nr.: \_\_\_\_\_  
Behandelnder Zahnarzt\*in: \_\_\_\_\_ Empfohlen von: \_\_\_\_\_  
Von uns behandelte Familienmitglieder: \_\_\_\_\_

#### FRAGEN ZUR GESUNDHEIT, wenn ja bitte ankreuzen X

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Allergien _____   | <input type="checkbox"/> regelmäßige Medikamente _____ |
| <input type="checkbox"/> Diabetes  | <input type="checkbox"/> Hepatitis A, B, C             |
| <input type="checkbox"/> Herz-Kreislaufkrankungen  | <input type="checkbox"/> Asthma                        |
| <input type="checkbox"/> häufiger erkältet   | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenfunktionsstörung  |
| <input type="checkbox"/> neurologische Erkrankungen  | <input type="checkbox"/> psychische Erkrankungen       |
| <input type="checkbox"/> Blutgerinnungsstörung   | <input type="checkbox"/> häufige Kopfschmerzen         |
| <input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/> negativ <input type="checkbox"/> positiv                         | <input type="checkbox"/> Creutzfeldt-Jakob-Krankheit   |
| <input type="checkbox"/> Beschwerden in der Kaumuskulatur?   | <input type="checkbox"/> im Kiefergelenk?              |
| <input type="checkbox"/> Wurden bei Ihnen Mandeln und Polypen entfernt? In welchem Alter? _____                        |  |
| <input type="checkbox"/> Haben Sie Daumen oder Finger gelutscht? Bis wann? _____                                       |  |
| <input type="checkbox"/> Beißen Sie sich auf die Lippe <input type="checkbox"/> auf die Zunge? _____                   |  |
| <input type="checkbox"/> Kauen Sie Nägel <input type="checkbox"/> am Bleistift <input type="checkbox"/> anderes? _____ |  |
| <input type="checkbox"/> Knirschen Sie mit den Zähnen? Am Tag oder in der Nacht? _____                                 |  |
| <input type="checkbox"/> Atmen Sie mehr durch den Mund oder durch die Nase? _____                                      |  |

- Haben Sie einen Sprachfehler (z.B. Lispeln)? \_\_\_\_\_
- Hat jemand in der Familie die gleiche Zahnstellung? Wer? \_\_\_\_\_
- Wurde bei Ihnen außer lockeren Milchzähnen je ein Zahn gezogen? \_\_\_\_\_
- Putzen Sie sich regelmäßig morgens und abends die Zähne? \_\_\_\_\_
- Wurde schon einmal eine Regulierungsspange getragen? \_\_\_\_\_
- Interessieren Sie sich für eine Zahnspange? \_\_\_\_\_
- Spielen Sie ein Blasinstrument? Welches? \_\_\_\_\_
- Besteht eine Schwangerschaft? \_\_\_\_\_
- Wann und wo wurden die letzten Röntgenaufnahmen der Zähne und Kiefer gemacht?  
\_\_\_\_\_

Wird eine kieferorthopädische Behandlung notwendig, bin ich mit allen dazu erforderlichen Maßnahmen (z. B. Abdrucknehmen, Anfertigung von Röntgenbildern, kollektive Behandlung) einverstanden.

Ich bestätige hiermit, alle Angaben vollständig und wahrheitsgemäß gemacht zu haben, und Veränderungen, die während der Behandlung auftreten, der Praxis unverzüglich und vollständig mitzuteilen. Alle meine Angaben dienen der vertrauensvollen Zusammenarbeit und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Ich bin damit einverstanden, dass meine Angaben für interne Zwecke der Praxisverwaltung und der Abrechnung auf Datenträger gespeichert werden.

**Informationen zum Datenschutz sind an der Rezeption oder im Wartezimmer einsehbar.**

Bitte nicht vergessen: Trotz kieferorthopädischer Behandlung 2x jährlich zum Hauszahnarzt.

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_