Kieferorthopädische Gemeinschaft-Praxis
Dres. Schaber, Breiding und Kollegen

König-Karl-straße 49 // 70372 Stuttgart
Tel.: 0711/ 561452 // Fax.: 0711/ 564183
info@kfo-baerenstark.de
www.kfo-baerenstark.de

Willkommen beim bärenstarken Team

Anmeldung zur Beratung

Name Patient*in: _____ **Vorname:** _____ **geb.:** _____

Postleitzahl: _____ **Ort:** _____ **Straße:** _____

Krankenkasse: _____

Name Hauptversicherte*r: _____ **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**

❑ Allergien _____
❑ regelmäßige Medikamente _____
❑ Diabetes
❑ Hepatitis A, B, C
❑ Herz-Kreislauferkrankungen
❑ Asthma
❑ häufiger erkältet
❑ Schilddrüsenfehlfunktion
❑ neurologische Erkrankungen
❑ psychische Erkrankungen
❑ Blutgerinnungsstörung
❑ häufige Kopfschmerzen
❑ HIV ❑ negativ ❑ positiv
❑ Creutzfeldt-Jakob-Krankheit
❑ Beschwerden in der Kaumuskulatur ❑ im Kiefergelenk?
❑ Mit wieviel Monaten kam der erste Milchzahn? _____
❑ Mit wieviel Jahren kam der erste bleibende Schneidezahn? _____
❑ Sind die Mandeln oder Polypen entfernt ? In welchem Alter? _____
❑ Hast Du Daumen oder Finger gelutscht? Bis wann? _____
❑ Beißt Du auf die Lippe ❑ auf die Zunge?
❑ Kaust Du an den Nägeln ❑ am Bleistift ❑ anderes ? _____
❑ Knirschst Du mit den Zähnen? Am Tag oder in der Nacht? _____
❑ Atmest Du mehr durch den Mund oder durch die Nase? _____

- ❑ Hast Du einen Sprachfehler (z. B. Lispeln)? _____
- ❑ Hat jemand in der Familie die gleiche Zahnstellung? Wer? _____
- ❑ Wurden Dir außer lockeren Milchzähnen andere Zähne gezogen? _____
- ❑ Putzt Du Dir regelmäßig morgens und abends die Zähne? _____
- ❑ Hast Du schon einmal eine Regulierungsspange getragen?_____
- ❑ Möchtest Du eine Zahnspange tragen? _____
- ❑ Spielst Du 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: _____