



Willkommen beim bärenstarken Team

Anmeldung zur Beratung

Name: _____ Vorname: _____ geb: _____
Adresse: _____ Tel.-Nr.: _____
Krankenkasse: _____ Mobil-Nr. _____
E-Mail-Adresse: _____
Versicherter: _____ geb: _____
Behandelnder Zahnarzt: _____
Empfohlen durch: _____

FRAGEN ZUR GESUNDHEIT, wenn ja bitte so ankreuzen ☒

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Allergien gegen _____ | <input type="checkbox"/> regelmäßige Medikamenteneinnahme
welche _____ |
| <input type="checkbox"/> Creutzfeldt-Jakob-Krankheit | <input type="checkbox"/> Hepatitis A, B, C (Gelbsucht) |
| <input type="checkbox"/> häufige Erkältungskrankheiten | <input type="checkbox"/> HIV - getestet |
| <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> Beschwerden in der Kaumuskelatur |
| <input type="checkbox"/> Stoffwechselerkrankungen | <input type="checkbox"/> Beschwerden im Kiefergelenk |
| <input type="checkbox"/> Rachitis | <input type="checkbox"/> Schlaflage rechts <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Diabetes (Zuckerkrankheit) | <input type="checkbox"/> Rücken <input type="checkbox"/> Bauch <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Epilepsie | |
| <input type="checkbox"/> Herz-Kreislaufkrankung | |
| <input type="checkbox"/> Mit wieviel Monaten kam der erste Milchzahn? _____ | |
| <input type="checkbox"/> Mit wieviel Jahren kam der erste bleibende Schneidezahn? _____ | |
| <input type="checkbox"/> Sind Mandeln und Polypen entfernt worden? In welchem Alter? _____ | |
| <input type="checkbox"/> Hat der Patient einen Schnuller gehabt? Bis wann? _____ | |
| <input type="checkbox"/> Hat der Patient Daumen oder Finger gelutscht? Bis wann? _____ | |
| <input type="checkbox"/> Beißt der Patient auf die Lippe? Auf die Zunge? _____ | |
| <input type="checkbox"/> Wird an den Nägeln <input type="checkbox"/> , am Bleistift <input type="checkbox"/> , am Bettzipfel <input type="checkbox"/> gekaut? _____ | |
| <input type="checkbox"/> Knirscht der Patient mit den Zähnen? Am Tag oder in der Nacht? _____ | |
| <input type="checkbox"/> Atmet der Patient mehr durch den Mund oder durch die Nase? _____ | |

bitte wenden



- Hat der Patient einen Sprachfehler (z.B. Lispeln) ? _____
- Hat jemand in der Familie die gleiche Zahnstellung? Wer? _____
- Wurde beim Patienten außer lockeren Milchzähnen je ein Zahn gezogen? _____
- Putzt sich der Patient regelmäßig morgens und abends die Zähne? _____
- Wurde schon einmal eine Regulierungsspanne getragen? _____
- Ist der Patient selbst an einer Zahnspanne interessiert? _____
- Spielt der Patient 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: _____