

Willkommen bei ihre zahnspange

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

- | | |
|---|--|
| <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"/> Schilddrüsenfehlfunktion |
| <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"/> Mit wieviel Monaten kam der erste Milchzahn? _____ | |
| <input type="checkbox"/> Mit wieviel Jahren kam der erste bleibende Schneidezahn? _____ | |
| <input type="checkbox"/> Wurden Mandeln und Polypen entfernt? In welchem Alter? _____ | |
| <input type="checkbox"/> Hast Du Daumen oder Finger gelutscht? Bis wann? _____ | |
| <input type="checkbox"/> Beißt Du auf die Lippe <input type="checkbox"/> auf die Zunge? _____ | |
| <input type="checkbox"/> Kaust Du an den Nägeln <input type="checkbox"/> am Bleistift <input type="checkbox"/> anderes? _____ | |
| <input type="checkbox"/> Knirschst Du mit den Zähnen? Am Tag oder in der Nacht? _____ | |
| <input type="checkbox"/> 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 Regulierungsspanne 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: _____