

> Nachname, Vorname des Patienten	> Nachname, Vorname des Versicherten <span style="float: right;">Geburtsdatum</span>
> Geburtsdatum	> Straße, Hausnummer des Versicherten <span style="float: right;">-falls abweichend-</span>
> Straße, Hausnummer	> PLZ, Ort des Versicherten
> PLZ, Ort	> Nachname, Vorname des Rechnungsempfängers <span style="float: right;">Geburtsdatum</span>
> Telefon / E-Mailadresse	> Straße, Hausnummer des Rechnungsempfängers <span style="float: right;">-falls abweichend-</span>
> Zahnarzt	> PLZ, Ort des Rechnungsempfängers
> Krankenkasse	> freiwillig versichert? <span style="float: right;">beihilfeberechtigt</span>

## Anamnese (Krankengeschichte)

		JA	NEIN
<b>I. Allgemeinanamnese</b>			
1. Warum kommen Sie in meine Praxis			
Grund: _____			
2. Überwiesen durch: _____			
3. Befindet sich der Patient <i>derzeit</i> in kieferorthopädischer Behandlung? wenn ja, bei wem / wo: Dr. _____ in _____		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Wurde bereits eine kieferorthopädische Behandlung abgeschlossen/abgebrochen? wenn ja, bei wem / wo: _____		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>II. Familienanamnese</b>			
5. Hat oder hatte ein Elternteil Gebissunregelmäßigkeiten?			
Mutter		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vater		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Waren oder sind Geschwister in kieferorthopädischer Behandlung?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>III. Patientenanamnese</b>			
6. Leidet oder litt der Patient an einer der genannten Krankheiten?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> ansteckende Krankheiten <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Hepatitis			
<input type="checkbox"/> Herzleiden <input type="checkbox"/> Epilepsie <input type="checkbox"/> Parodontose			
<input type="checkbox"/> Asthma <input type="checkbox"/> Neurodermitis			
7. Befindet sich der Patient in homöopathischer / heilpraktischer Behandlung? Wurden bereits alternative / naturheilkundliche Therapien angewendet?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Nimmt der Patient Medikamente ein?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
wenn ja, welche? _____			

**- Bitte wenden -**

JA NEIN

9. Hat der Patient Probleme mit der Nasenatmung?  JA  NEIN
- Chronischer Schnupfen  saisonaler Heuschnupfen  
 Häufige Erkältungen, seit wann? \_\_\_\_\_  
 Mundatmung  Schnarchen
10. Hat der Patient eine Allergie oder Heuschnupfen?  JA  NEIN  
wenn ja, wogegen? \_\_\_\_\_
11. Wurden Hals-, Nasen-, Ohrenärztliche Operationen durchgeführt?  JA  NEIN
- Gaumenmandeln wann ?  
 Rachenmandeln („Polypen“) wann ?  
 Parazentese (Röhrchen im Trommelfell) wann ?  
 Nasenscheidewand wann ?
12. Liegt eine Fehlgewohnheit im Lippen- oder Zungenbereich vor?  JA  NEIN
- Lippenbeißen  Lippensaugen  Lippenlecken  
 Nägelkauen  Bleistiftkauen  Sonst. \_\_\_\_\_
13. Hat oder hatte der Patient einen Sprachfehler?  JA  NEIN
- wenn ja, wann und wie lange (Monate / Jahre)? \_\_\_\_\_  
wenn ja, welche Art von Störung ? \_\_\_\_\_  
wurde eine logopädische Behandlung (Sprachtherapie) durchgeführt?  JA  NEIN
14. Hatte der Patient einen Unfall mit Folgen für den Kopf-Hals-Bereich?  JA  NEIN
- wenn ja, wann? \_\_\_\_\_  
mit Zahnverletzungen?  JA  NEIN  
mit Zahnverlusten?  JA  NEIN  
mit Kieferbrüchen?  JA  NEIN
15. Knirscht der Patient mit den Zähnen?  JA  NEIN
16. Bestehen Kiefergelenkknacken oder –beschwerden?  JA  NEIN
17. Bestehen seit längerer Zeit Kopf- oder Rückenschmerzen?  JA  NEIN
18. Welche Hobbys hat der Patient?  
Sportarten: \_\_\_\_\_  
Musikinstrumente: \_\_\_\_\_  
Sonstiges: \_\_\_\_\_

**Für Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherungen:** Bei Ihrem ersten Besuch im Kalendervierteljahr benötigen wir die Krankenversichertenkarte. Liegt sie uns auch 14 Tage nach der Behandlung nicht vor, so betrachten wir Sie als Privatpatient und Sie erhalten eine Rechnung nach der privaten Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ).

**Bestellpraxis:** Wir sind immer bemüht Ihnen lange Wartezeiten zu ersparen. Deshalb bitten wir Sie, vereinbarte Termine mindestens 24 Stunden vorher abzusagen, falls Sie verhindert sind. Nicht eingehaltene Termine können nach der GOZ in Rechnung gestellt werden und zwar in Höhe des Honorars, welches in der eingeplanten Zeit angefallen wäre (§ 612 BGB).

**Schweigepflicht:** Einer eventuellen Übermittlung von Röntgenaufnahmen von einem/ an einen Mitbehandler via Mail stimme ich zu.

**Information:** Ihre Daten werden erfasst, gespeichert, zum Zweck der Abrechnung und Mitbehandlung an Dritte übermittelt. Ein Informationsblatt liegt für Sie aus.

**Die von mir gemachten Angaben sind wahrheitsgemäß und vollständig.**

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift des Erziehungsberechtigten /Eltern