

## Anmeldung für neu in Behandlung tretende Patienten

**Röntgen** Gemäß Röntgenverordnung bitte folgende Fragen beantworten:

1. Wurde der Patient schon einmal geröntgt? (Röntgenpass?) ja nein
2. Wenn ja, war das innerhalb der letzten 12 Monate? ja nein
3. Wenn ja, bei welchem Arzt, Zahnarzt, Krankenhaus? \_\_\_\_\_
4. Besteht eine Schwangerschaft? ja nein
5. Wie lange liegt der letzte Zahnarztbesuch zurück? \_\_\_\_\_
6. Wir bitten um sofortige Mitteilung, falls sich Änderungen des Gesundheitszustandes einstellen.

**Zahn-ärztliche Anamnese** War der Patient schon einmal in kieferorthopädischer Behandlung/Beratung? (wo \_\_\_\_\_ wann \_\_\_\_\_) ja nein

Waren oder sind Geschwister in kieferorthopädischer Behandlung? ja nein

Hat einer der Eltern Zahnfehlstellungen? ja nein

Hat der Patient Beschwerden beim Kauen? ja nein

Knirscht der Patient mit den Zähnen? ja nein

Leidet das Kind unter Atmungs- und Schlafproblemen? ja nein

**Medizinische Anamnese** Ist der Patient z.Z. in ärztlicher Behandlung? ja nein  
(wenn ja, weshalb: \_\_\_\_\_)

wo: \_\_\_\_\_)

Werden regelmäßig Medikamente eingenommen? ja nein  
(wenn ja, welche: \_\_\_\_\_)

Bestehen irgendwelche schwerwiegenden Krankheiten? ja nein  
(Rachitis, Diabetes, Tuberkulose, Asthma, Epilepsie, Herzfehler, Skoliose, Torticollis, Allergie, AIDS, Gelbsucht, Blutungsneigung, sonstige Krankheiten?) \_\_\_\_\_

Lagen schon irgendwelche Mund- oder Kieferoperationen bzw. Unfälle vor? ja nein  
(wenn ja, wann: \_\_\_\_\_ was? \_\_\_\_\_)

Welche Sportart betreibt der Patient?

**Gewohnheiten**

Schnuller	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Lutschen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Lippenbeißen	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Zungenbeißen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Nägelkauen	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Sprachfehler	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Mundatmung	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein		
Spielt der Patient ein Blasinstrument ?			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

**DSGVO** Mit der Weitergabe von personenbezogenen Daten bin ich einverstanden, wenn dies zur Erfüllung des Behandlungsvertrages erforderlich ist. Näheres zum Datenschutz hängt in unserer Praxis aus.

