

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-

War der Patient schon einmal in kieferorthopädischer ja nein

ärztliche

Behandlung/Beratung? (wo _____ wann _____)

Anamnese

Waren oder sind Geschwister in kieferorthopädischer ja nein
Behandlung?

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

Medizi- nische

Ist der Patient z.Z. in ärztlicher Behandlung? ja nein

(wenn ja, weshalb: _____)

Anamnese

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? _____)

Gewohn- heiten

Welche Sportart betreibt der Patient?

Schnuller ja nein Lutschen ja nein

Lippenbeißen ja nein Zungenbeißen ja nein

Nägelkauen ja nein Sprachfehler ja nein

Mundatmung ja nein

Spielt der Patient ein Blasinstrument ? ja nein

DSGVO

Mit der Weitergabe von personenbezogenen Daten bin ich einverstanden, wenn dies zur Erfüllung des Behandlungsvertrages sowie der Abtretung der Forderung zum Zweck des Einzuges an die PVS dental dient. Näheres zum Datenschutz hängt in unserer Praxis aus.

