



### Liebe Patienten,

willkommen in unserer Praxis. Für eine sorgfältige Untersuchung benötigen wir die genaue Beantwortung dieses Fragebogens. Die Daten unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und werden vertraulich behandelt.

Für Ihre Unterstützung bedanken wir uns!

Name, Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Geburtsort \_\_\_\_\_

männlich     weiblich     divers

Adresse (Str., Hausnummer, PLZ) \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

Beruf \_\_\_\_\_

Adresse des Arbeitgebers: \_\_\_\_\_

### Krankenversicherung

Patient/in ist **gesetzlich** versichert    Name der Krankenkasse \_\_\_\_\_

Mitglied     Familienmitglied     Rentner     freiwillig versichert

Patient/in ist **privat** versichert    Name der Krankenkasse \_\_\_\_\_

Ich bin **nicht** beihilfeberechtigt     Ich bin beihilfeberechtigt \_\_\_\_\_  
Name der Beihilfe

Behandelnder Zahnarzt/Zahnärztin: \_\_\_\_\_

Ich komme durch     Überweisung     Empfehlung     auf eigenen Wunsch

Ich wünsche eine:

kieferorthopädische Beratung/Behandlung

Wurde bereits eine kieferorthopädische Beratung oder Behandlung durchgeführt? O ja O nein

### oder

ich komme aufgrund meiner Kiefergelenkbeschwerden (CMD) -

**Bitte füllen Sie den zusätzlichen Anamnesebogen – Kiefergelenkfunktionsstörung aus.**



### Leiden Sie an einer der folgenden Krankheiten?

- |   |                                    |  |                                    |
|---|------------------------------------|--|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Herzerkrankung                       | <input type="checkbox"/> Blutdruck | <input type="checkbox"/> Diabetes                | <input type="checkbox"/> Rheuma    |
| <input type="checkbox"/> Schilddrüsenüber- oder Unterfunktion |                                    | <input type="checkbox"/> Blutkrankheit           | <input type="checkbox"/> Thrombose |
| <input type="checkbox"/> Allergien                            | <input type="checkbox"/> Asthma    | <input type="checkbox"/> Epilepsie/Krampfleiden  |                                    |
| Infektionskrankheiten:  |                                    |  |                                    |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis                            | <input type="checkbox"/> Aids/HIV  | <input type="checkbox"/> Tuberkulose <u>oder</u> |                                    |
| <input type="checkbox"/> andere                               | _____                              |  |                                    |

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?  ja  nein Wenn ja, welche?

Hatten Sie Unfälle / Operationen im Kopf- Gesicht Bereich bzw. Verletzungen der Zähne?  ja  nein

Bestehen seit längerer Zeit Kopf- oder Rückenschmerzen? Schmerzen im Kiefergelenk/Kaumuskulatur?  ja  nein

Wurden in den letzten 12 Monaten Röntgenaufnahmen des Mundes-/Kieferbereiches angefertigt?  ja  nein

Sind Gewohnheiten bekannt, die zur Zahn- bzw. Kieferfehlstellung beigetragen haben könnten?

Zungenpressen  Lutschen (Daumen, Nuckel)  Sprachstörungen/Lispeln

Lippen beißen  Nägel/Wangen kauen  Zähneknirschen

Atmen Sie durch  Mund oder  Nase?  erschwerte Nasenatmung  offene Mundhaltung

Schnarchen Sie?  ja  nein

Wurde schon einmal eine homöopathische/osteopathische Behandlung oder eine andere alternative Heilmethode durchgeführt?  ja  nein

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass im Rahmen der kieferorthopädischen Behandlung notwendige Röntgenuntersuchungen gemacht werden.

Ich willige hiermit ein, dass die kieferorthopädische Praxis Befunde und Behandlungsdaten (beispielsweise vorhandene Röntgenbilder) bei weiteren Leistungserbringern (z. B. Zahnarzt/Hausarzt) einholt und vor Ort erhobene Befunde mitbehandelnden Ärzten übermittelt (u. a. per Fax): siehe Beiblatt Datenschutz Einverständnis.

Auch können Ihre personenbezogenen Daten zu Zwecken der Qualitätssicherung herangezogen werden. Weitere Informationen zur Datenverarbeitung erhalten Sie unter folgendem Link: [www.g-ba.de/beschluesse/4036/](http://www.g-ba.de/beschluesse/4036/).

**Bitte teilen Sie uns Änderungen ihrer Anschrift oder anderer Angaben rechtzeitig mit!**

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben.

Datum und Unterschrift