



Patientenname: _____ Vorname: _____ geb.: _____
 Geburtsort: _____ Adresse Patient: _____ Ort: _____
 Telefon: _____ tagsüber/ggf. mobil: _____ Email: _____
 Name des Versicherten: _____ Vorname: _____ geb.: _____
 Beruf: _____ Arbeitgeber: _____
 Krankenkasse: _____ Sitz der Krankenkasse: _____
 pflichtversichert: freiwillig versichert: beihilfeberechtigt: zusatzversichert:
Zahnarzt: _____ Hausarzt: _____
 Empfohlen durch: _____

- | | Ja | Nein |
|--|--------------------------|--------------------------|
| • Hatten Sie schon eine kieferorthopädische Beratung? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Wenn ja, wo? _____ | | |
| • Waren Sie schon einmal in kieferorthopädischer Behandlung? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Wenn ja, wo? _____ wann? _____ | | |
| • Hat oder hatte einer der Eltern Zahnfehlstellungen? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Haben Sie Beschwerden beim Kauen? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Knirschen Sie mit den Zähnen? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Haben Sie Kiefergelenksprobleme? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Tragen Sie eine Aufbiss- /Knirscherschiene? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Sind Sie derzeit in ärztlicher Behandlung? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Wenn ja, weshalb: _____ | | |
| • Nehmen Sie Medikamente ein? Wenn ja, welche: _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Bestehen irgendwelche Krankheiten? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Wenn ja, welche: _____ | | |
| • Haben Sie orthopädische Probleme? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Wenn ja, welche: _____ | | |
| • Bestehen Allergien? Wenn ja, welche: _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Lagen schon irgendwelche Mund- oder Kieferoperationen bzw. Unfälle vor? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Wenn ja, welche: _____ | | |
| • Sind <input type="checkbox"/> Mandeln und/oder <input type="checkbox"/> Polypen entfernt worden? _____ | | |
| • Schlafen Sie mit offenem Mund? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Schnarchen Sie? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Waren Sie in logopädischer Behandlung? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Beißen Sie gewohnheitsgemäß auf Zunge, Lippen, Nägel oder Sonstiges? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <hr/> | | |
| Sind Sie an einer kieferorthopädischen Behandlung interessiert? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Unterschrift des Patienten

Ort, Datum