



**Patient/in:** \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ geb.: \_\_\_\_\_

Geburtsort: \_\_\_\_\_ Adresse Patient/in: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

Telefon mobil: \_\_\_\_\_ Telefon (tagsüber): \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_ Arbeitgeber/in: \_\_\_\_\_

**Name des/der Versicherten:** \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ geb.: \_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

pflichtversichert:  freiwillig versichert:  beihilfeberechtigt:  zusatzversichert:

**Zahnarzt/-ärztin:** \_\_\_\_\_

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden? \_\_\_\_\_

- |  | 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? Wenn ja welche : _____  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Haben Sie orthopädische Probleme? Wenn ja, welche: _____   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • 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"/> |
| • Sind Sie an einer kieferorthopädischer Behandlung interessiert? _____                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Ort, Datum

Unterschrift des/der Patient/in