



## Herzlich Willkommen in unserer Praxis!

Wir benötigen Ihre Angaben, um Sie oder Ihr Kind individuell und sicher behandeln zu können. Das genaue Ausfüllen gibt Ihnen die bestmögliche Sicherheit, da Krankheiten aller Art Auswirkungen auf die Behandlung haben können.

Selbstverständlich unterliegen Ihre Angaben der ärztlichen Schweigepflicht und dem Datenschutz.

Ihre Krankenversichertenkarte benötigen wir bei jedem Besuch in der Praxis. Wir müssen Sie darauf hinweisen, dass wir Sie als Privatpatient betrachten und Sie eine Rechnung nach der privaten Gebührenordnung (GOZ) erhalten, sofern uns Ihre Krankenversichertenkarte nicht innerhalb von 14 Tagen vorliegt.

Haben Sie Fragen oder gibt es Unklarheiten beim Ausfüllen, helfen wir Ihnen gerne weiter

Nachname des Patienten		Nachname des Versicherten	
Vorname des Patienten	Geburtsdatum	Vorname des Versicherten	Geburtsdatum
Straße, Hausnummer		Arbeitgeber	
PLZ, Ort		Vorname des Ehegatten	Geburtsdatum
Telefon		Arbeitgeber	
Hauszahnarzt		Geschwister des Patienten in Behandlung	
Krankenkasse		Sonstiges	

### Anamnese (Krankengeschichte)

	Ja	Nein
<b>I. Allgemeinanamnese</b>		
1. Warum kommen Sie in unsere Praxis? Grund:		
2. War der Patient <i>früher</i> schon in kieferorthopädischer Behandlung? wenn ja, bei wem/wo: Dr. _____ in _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Befindet sich der Patient <i>derzeit</i> in kieferorthopädischer Behandlung? wenn ja, bei wem/wo: Dr. _____ in _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Wurde diese Behandlung zu Ende geführt? wenn nein, bitte Grund angeben:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?		
<b>II. Familienanamnese</b>		
6. Hat oder hatte ein Elternteil/Geschwister Gebissunregelmäßigkeiten? Wenn ja, wer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Sind in der Familie Nichtanlagen von Zähnen bekannt? wenn ja, welche Zähne?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>III. Patientenanamnese</b>		
8. Leidet oder litt der Patient an einer der genannten Krankheiten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Rachitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Diabetes
<input type="checkbox"/> Herzleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Epilepsie
<input type="checkbox"/> Asthma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Allergisches Asthma
<input type="checkbox"/> Hepatitis/HIV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Gerinnungsstörungen seit wann
9. Nimmt der Patient Medikamente ein? wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ja    Nein



**III. Patientenanamnese**

- |     |  |           |                          |                          |
|-----|--|-----------|--------------------------|--------------------------|
| 10. | Hat der Patient Probleme mit der Nasenatmung?<br><input type="checkbox"/> Mundatmung <input type="checkbox"/> Schnarchen   | seit wann | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. | Hat der Patient eine Allergie oder Heuschnupfen?<br>wenn ja, wogegen?  |           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. | Hat oder hatte der Patient einen Sprachfehler?<br>wenn ja, wann und wie lange? Monate / Jahre<br>wenn ja, welche Art von Störung?<br>wurde eine logopädische Behandlung (Sprachtherapie) durchgeführt? |           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. | Hatte der Patient einen Unfall mit Folgen für den Kopf-Hals-Bereich?<br>wenn ja, wann?<br>mit Zahnverletzungen?<br>mit Zahnverlusten?<br>mit Kieferbrüchen?  |           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. | Knirscht der Patient mit den Zähnen?   |           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. | Bestehen Kiefergelenkknacken oder -beschwerden?  |           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Starnberg,

\_\_\_\_\_  
KFO 5 Seen - Kieferorthopädie Starnberg

\_\_\_\_\_  
Versicherter bzw. gesetzlicher Vertreter