



Patientendaten

Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Geburtsort: _____

Straße: _____ PLZ: _____ Ort: _____

Telefon (tagsüber): _____ Handy: _____ Email: _____

Krankenkasse: _____

Beihilfe: ja nein Basistarif: ja nein Zusatzversicherung: ja nein

Zahnarzt des Patienten: _____ Ort: _____

Bei Kindern bzw. wenn Sie nicht selber versichert sind, wer ist Versicherter? _____

Name der **Mutter** bzw. der Erziehungsberechtigten, Vorname _____

Straße, Hausnummer _____

PLZ, Ort _____

Geburtsdatum _____ Email _____

Telefon privat _____ Telefon mobil _____

Name des **Vaters** bzw. des Erziehungsberechtigten, Vorname _____

Straße, Hausnummer _____

PLZ, Ort _____

Geburtsdatum _____ Email _____

Telefon privat _____ Telefon mobil _____

Uns interessiert auch, wie Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden sind

von Bekannten empfohlen, Name: _____

Telefon/Branchenbuch

Zeitungsanzeige/Annonce

vom Hauszahnarzt/Dr. _____ direkt empfohlen

vom Hauszahnarzt/Dr. _____ überwiesen

Internet über die Seite www. _____

Social Media (Instagram, Facebook, Youtube, Googlebewertungen o.ä.) _____

Sonstiges: _____

Falls wir empfohlen wurden, hatten Sie im Vorfeld die Gelegenheit, sich unsere Internetauftritte anzusehen?

ja nein

Was ist der Anlass Ihres Besuches?

- Ästhetische Gründe
- Schmerzen beim Essen
- Kiefergelenkschmerzen etc.

Zahnmedizinische Anamnese:

- Wurde der Patient schon einmal kieferorthopädisch **beraten**? ja nein
Wenn ja, wo? _____ wann? _____
- Wurde der Patient schon einmal kieferorthopädisch **behandelt**? ja nein
Wenn ja, wo?: _____ von: _____ bis: _____
- Waren oder sind **Geschwister** in kieferorthopädischer. Behandlung? ja nein
- Hat einer der Eltern bzw. deren Geschwister eine Zahnfehlstellung? ja nein
- Lagen schon irgendwelche **Mund- oder Kieferoperationen** vor bzw. ereigneten sich **Unfälle** unter Beteiligung der Mund- bzw. Gesichtsregion? ja nein
Wenn ja, welcher Art? _____ wann? _____
- Hat der Patient Beschwerden beim Essen? ja nein
Wenn ja, seit: _____
- Leidet der Patient unter **Kopfschmerzen**? ja nein
Wenn ja, seit: _____
- Knirscht** der Patient mit den Zähnen? ja nein
- Beobachtet der Patient im Kiefergelenksbereich bei weiter Mundöffnung oder beim Essen **Knack- bzw. Reibegeräusche**? ja nein

Medizinische Anamnese:

- Hat der Patient im Moment Husten, Fieber, **Schnupfen** oder Halsschmerzen? ja nein
- Hatte der Patient in den letzten zwei Wochen Kontakt mit einer Person, bei der eine Infektion mit dem **Coronavirus** bestätigt ist? ja nein
- Hat sich der Patient in den letzten zwei Wochen in einem internationalen **Risikogebiet** oder in einem besonders betroffenen Gebiet in Deutschland aufgehalten? ja nein
- Befindet sich der Patient zur Zeit in **ärztlicher Behandlung**? ja nein
Wenn ja, weshalb? _____ bei wem ? _____
- Werden regelmäßig **Medikamente** (z.B. Nitrolingual, Cortisonpräparate, Immunsuppressiva etc.) eingenommen? ja nein
Wenn ja, welche? _____
- Leidet der Patient an der **Creutzfeld-Jakob**-Krankheit oder ist diese familiär bekannt? ja nein
- Bestehen **chronische Erkrankungen**? ja nein
Wenn ja, welcher Art? _____
- Bestehen irgendwelche **schwerwiegenden Krankheiten**? ja nein



Wenn ja, **bitte nachfolgend unterstreichen bzw. nennen** (z.B. Rachitis;
Diabetes (Zuckerkrankheit); Tuberkulose; Asthma; Epilepsie; Herzfehler;
Hepatitis A, B, C; Allergien; Aids, Gelbsucht, erhöhte Blutungsneigung
blaue Flecken; sonstige Krankheiten: _____

Besteht Verdacht auf eine **HIV-Infektion**? ja O nein

Wurden bereits **Rachen- bzw. Gaumenmandeln** entfernt? ja; Jahr: _____ O nein

Gemäß § 28/1 der Röntgenverordnung bitte folgende Fragen beantworten:

Wurde der Patient schon einmal geröntgt? O ja O nein

Wenn ja, geschah dies innerhalb der letzten 12 Monate? O ja O nein

Wenn ja, bei welchem Kollegen / Institut / Krankenhaus? _____

Besteht zur Zeit eine Schwangerschaft? O ja O nein

Wann war der Patient zuletzt beim Zahnarzt? _____

Gewohnheiten bei Kindern/Jugendlichen:

Verwendet der Patient noch einen Schnuller? O ja O nein

Beißt sich der Patient auf die Unterlippe? O ja O nein

Kaut der Patient auf Fingernägel/oder auf Stifte? O ja O nein

Atmet der Patient mehrheitlich durch den Mund? O ja O nein

Hat der Patient ein Lutschhabit? O ja O nein

Beißt sich der Patient auf die Zunge? O ja O nein

Wird (wurde) beim Patienten ein Sprachfehler beobachtet? O ja O nein

Spielt der Patient ein Blasinstrument? O ja O nein

Falls in den letzten 12 Monaten eine röntgenologische Gesamtzahnübersichtsaufnahme (OPG) erstellt wurde, so bringen Sie diese bitte zur Erstberatung mit.

Ich bin damit einverstanden, dass mein Hauszahnarzt einen Befundbericht erhält. O ja O nein

Der Patient bzw. sein gesetzlicher Vertreter verpflichten sich, Herrn Dr. Schwerbrock, Änderungen hinsichtlich o.g. Fragen (z.B. zwischenzeitliches Röntgen, auftretende Allergien, Erkrankungen, Wohnortwechsel etc.) unverzüglich bekanntzugeben.

Ingolstadt, den _____

Unterschrift des Patienten oder des gesetzlichen Vertreters _____

