

**Anmeldeformular für alle neuen Patienten**

---

<b>Name (Patient):</b>	Vorname:	geb. am:
PLZ:	Wohnort:	Straße:
<b>Telefon (tagsüber):</b>	<b>Fax:</b>	<b>e-mail:</b>
<b>Handy:</b>		
Krankenkasse:	Geschäftsstelle:	Beihilfe: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Hauszahnarzt des Patienten:		
Hausarzt des Patienten:		Ort:
empfohlen durch: Herrn/Frau:	überwiesen durch: Dr.	<input type="checkbox"/> Besuch aus eigenem Anlass

---

<b>Name (Versicherter):</b>	Vorname:	geb. am:
PLZ:	Wohnort:	Straße:
<b>Telefon (tagsüber):</b>	Beruf:	Arbeitgeber:

---

**Gemäß § 28/1 der Röntgenverordnung bitte folgende Fragen beantworten:** (Bitte Zutreffendes ankreuzen)

Wurde der Patient schon einmal geröntgt ?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, geschah dies innerhalb der letzten 12 Monate ?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, bei welchem Kollegen / Institut / Krankenhaus ?		
Besteht zur Zeit eine Schwangerschaft ?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wann war der Patient zuletzt beim Zahnarzt ?		

---

**Zahnmedizinische Anamnese:**

(Bitte Zutreffendes ankreuzen)

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

**Anmeldeformular für alle neuen Patienten**

**Medizinische Anamnese:**

(Bitte Zutreffendes ankreuzen)

- 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 ?
- 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, Allergien, **Aids, Gelbsucht**, erhöhte Blutungsneigung (es bilden sich leicht blaue Flecke), sonstige Krankheiten :
- Besteht Verdacht auf eine HIV-Infektion ?**  ja  nein
- Wurden bereits  Rachen- bzw.  Gaumenmandeln entfernt ?  ja; Jahr:  nein

**Gewohnheiten:**

(Bitte Zutreffendes ankreuzen)

- Verwendet der Patient noch einen Schnuller ?  ja  nein
- Beißt sich der Patient auf die Unterlippe ?  ja  nein
- Beißt sich der Patient auf die Fingernägel ?  ja  nein
- Atmet der Patient mehrheitlich durch den Mund ?  ja  nein
- Hat der Patient früher am Daumen / Finger gelutscht ?  ja  nein
- Lutscht der Patient noch immer am Daumen / Finger ?  ja  nein
- Beißt sich der Patient auf die Zunge ?  ja  nein
- Wird (wurde) beim Patienten ein Sprachfehler beobachtet ?  ja  nein
- Spielt der Patient ein Blasinstrument ?  ja  nein

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

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

INGOLSTADT, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Patienten bzw. seines gesetzlichen Vertreters