

Anmeldeformular für alle neuen Patienten

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

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

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

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

Zahnmedizinische Anamnese: (Bitte Zutreffendes ankreuzen)

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 <u>Mund- oder Kieferoperationen</u> vor bzw. ereigneten sich <u>Unfälle</u> 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

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.

NEUBURG, den _____

Unterschrift des Patienten bzw. seines gesetzlichen Vertreters