



KIEFERORTHOPÄDIE  
Am Ritterplatz  
Dr. Julia Vogt

## ANMELDE- UND ANAMNESEBOGEN

### PATIENTENDATEN

Name ..... Vorname .....

Geburtsdatum .....  m  w .....

Straße, Hausnr. .... PLZ, Wohnort .....

Tel. privat ..... Tel. mobil .....

Email ..... Beruf .....

### BEI MINDERJÄHRIGEN PATIENTEN

Mutter: Name ..... Vorname .....

Geburtsdatum ..... Tel. mobil/dienstl. ....

Straße, Hausnr. .... PLZ, Wohnort .....

Vater: Name ..... Vorname .....

Geburtsdatum ..... Tel. mobil/dienstl. ....

Straße, Hausnr. .... PLZ, Wohnort .....

### KRANKENVERSICHERUNG

Mitversichert bei  Mutter  Vater

Name der gesetzlichen Versicherung ..... Name der privaten Versicherung .....

Besteht eine Beihilfe-Versicherung?  ja  nein

Besteht eine Zusatzversicherung für kieferorthop. Leistungen?  ja  nein

Hauszahnarzt Name ..... Ort .....

Hausarzt Name ..... Ort .....

Sind in letzter Zeit Röntgenaufnahmen angefertigt worden?  ja  nein

Wenn ja, wann und wo? .....

Wurde schon eine kieferorthopädische Beratung durchgeführt?  ja  nein

Wenn ja, wann und wo? .....

Wurden Unterlagen erstellt?  ja  nein

Wurde schon eine kieferorthop. Behandlung durchgeführt?  ja  nein  
 Wenn ja, wann und wo? .....

Wurden Unterlagen erstellt?  ja  nein

Wurden andere Familienmitglieder kieferorthop. behandelt?  ja  nein

Was stört Sie am meisten an der Zahn-/Kieferfehlstellung? .....

Wird ein Blasinstrument gespielt?  ja  nein Wenn ja, welches? .....

Wird oder wurde am Daumen gelutscht?  ja  nein Dauer .....

Wurde ein Schnuller benutzt?  ja  nein Dauer .....

Besteht eine Fehlfunktion der Zunge oder Lippe?  ja  nein

Wird gelegentlich an den Fingernägeln gekaut?  ja  nein

Wird geknirscht oder mit den Zähnen gepresst?  ja  nein

Wurden bei einem Unfall Zähne oder Kiefer verletzt?  ja  nein

Bestehen/Bestanden Beschwerden des Kiefergelenkes,  
 der Kaumuskulatur oder häufig Kopfschmerzen?  ja  nein

Besteht eine rheumatische Erkrankung?  ja  nein

Gibt oder gab es orthopädische Befunde?  ja  nein

Liegt eine erschwerte Nasenatmung bzw. Mundatmung vor?  ja  nein

Wurden Mandeln oder Polypen entfernt?  ja  nein

Liegt eine schwerwiegende Erkrankung vor?  ja  nein

Wenn ja, welche?  Herz-/Kreislaufkrankung  Diabetes  Asthma  Blutgerinnungsstörung  
 Epilepsie  HIV  Hepatitis  Tuberkulose  Sonstige .....

Liegt eine Allergie vor?  ja  nein  
 Wenn ja, welche? .....

Werden regelmäßig Medikamente eingenommen?  ja  nein  
 Wenn ja, welche? .....

Besteht eine Schwangerschaft?  ja  nein

Überwiesen/Empfohlen von  Zahnarzt  Familie/Freunde/Bekannte  Sonstiges .....

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?  Internet  Branchenbuch  Praxisschild

Dürfen wir Ihnen Praxis-Informationen postalisch oder per e-Mail übersenden?  ja  nein

**Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!** Bitte teilen Sie uns Änderungen der Angaben rechtzeitig mit.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben.

.....  
 Ort, Datum

.....  
 Unterschrift des Patienten bzw. Erziehungsberechtigten

**Röntgeneinverständniserklärung**

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass im Rahmen der kieferorthopädischen Behandlung notwendige Röntgenuntersuchungen bei meinem Kind gemacht werden dürfen.

.....  
 Ort, Datum

.....  
 Unterschrift des Erziehungsberechtigten