



Herzlich willkommen in unserer Praxis !

Bevor wir uns in Ruhe über Ihre kieferorthopädischen Probleme unterhalten können, benötigen wir neben einigen persönlichen auch Angaben zu Gesundheitsfragen. Bitte füllen Sie diese sorgfältig aus. Alle Angaben werden streng vertraulich behandelt und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Wenn Sie den Aufnahmebogen vollständig ausgefüllt haben, schicken Sie diesen an uns zurück oder bringen diesen zum ersten Beratungsgespräch mit.

Patient (Frau/Herr/Kind):

Name Vorname geb. am

Versicherte/er (Mutter/Vater/Selbst):

Name Vorname geb. am

Adresse:

Straße PLZ Wohnort

Telefon:

privat dienstlich e-Mail


Krankenkasse / Kostenträger: Krankenkasse:
 privat beihilfeberechtigt gesetzlich freiwillig versichert gesetzlich pflichtversichert

Behandelnder Zahnarzt: Praxisort / Telefon: letzter Zahnarztbesuch:

Grund des Kommens: Empfehlung des Zahnarztes Schuluntersuchung überwiesen von:
 ohne besondere Empfehlung Sonstiges

- Wurden Sie/Ihr Kind schon kieferorthopädisch beraten ? ja nein
- Wurden Sie/Ihr Kind schon kieferorthopädisch behandelt ? ja nein
- Wurden Sie /Ihr Kind in den letzten 12 Monaten im Kopf/Hals-Bereich geröntgt ? ja nein
- Waren oder sind noch Geschwister in kieferorthopädischer Behandlung ? ja nein
- Wurden evtl. bei einem Unfall Zähne ausgeschlagen oder verletzt ? Wann ? ja nein
- Wurde am Daumen/Finger o.ä. gelutscht (Bis zu welchem Alter ca. Lebensjahr) ? ja nein
- Bestehen oder bestanden Beschwerden an den Kiefergelenken oder der Kaumuskulatur ? ja nein
- Befinden oder befanden Sie/Ihr Kind sich in HNO-Behandlung (Polypen, Schnarchen) ? ja nein
- Nehmen Sie/Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein ? ? ja nein
- Sind Allergien bekannt ? Wenn ja, welche ? ja nein
- Besteht eine Allgemeinerkrankung/Behinderung ? ? ja nein
- Besteht eine erhöhte Blutungsneigung oder ein Diabetes ? ja nein
- Besteht eine Kreislauferkrankung ? ja nein
- Nur für weibliche Patienten: Besteht eine Schwangerschaft ? ja nein
- Besteht oder bestand eine Infektionskrankheit (Hepatitis B/C, HIV/AIDS, TBC) ? ja nein

Rostock, den: _____ Unterschrift (Patient/Elternteil): _____

 Bitte teilen Sie uns sofort **Änderungen** der obigen Angaben mit (insbesondere Adressenänderungen und Änderungen der Krankenkasse). Wir sind bemüht, Ihnen lange Wartezeiten zu ersparen. Deshalb bitten wir Sie, vereinbarte Termine rechtzeitig, mindestens 24 Stunden vorher, abzusagen, falls Sie verhindert sein sollten. Vielen Dank für Ihre Mithilfe !