



Herzlich Willkommen in der Praxis
Dr. Laura Goldberg & Dr. Maximilian Goldberg

Nachname des Patienten

Nachname des Versicherten

Vorname des Patienten

Geburtsdatum

Vorname des Versicherten

Geburtsdatum

Straße, Hausnummer

Arbeitgeber

PLZ, Ort

Vorname des Ehegatten

Geburtsdatum

Telefon (Festnetz)

Telefon (Mobil)

E-Mail (für Termin-Erinnerungen)

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Zahnarzt

Geschwister des Patienten in Behandlung

Krankenkasse

(bei Privaten ggf. Beihilfestelle)

Hinweis/Wichtig: Bei getrenntlebenden Eltern wird das Einverständnis aller Sorgeberechtigten benötigt!

Ja Nein

I. Allgemeinanamnese

1. Was ist der Grund für Deinen/ Ihren Besuch in unserer Praxis?

Grund:

2. Warst du/ waren Sie *früher* schon in kieferorthopädischer Behandlung?

wenn ja, bei wem/wo:

3. Befindest Du dich/ Befinden Sie sich *derzeit* in kieferorthopädischer Behandlung?

wenn ja, bei wem/wo:

4. Wurde diese Behandlung zu Ende geführt?

wenn nein, bitte Grund angeben:

II. Familienanamnese

5. Hat oder hatte ein Elternteil/ Geschwisterkind Gebissunregelmäßigkeiten?

Wenn ja, welche:

6. Sind in ihrer Familie Nichtanlagen von Zähnen oder andere zahnbezogene Erkrankungen bekannt?

III. Patientenanamnese

7. Bestehen folgende Krankheiten?
- | | | | | |
|--|--|---|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> Rachitis | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Hepatitis, HIV | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Herz-/Kreislaufschwäche | <input type="checkbox"/> Blutungsneigung | <input type="checkbox"/> Syndrome | | |
| <input type="checkbox"/> Wachstumsstörungen | <input type="checkbox"/> Epilepsie | <input type="checkbox"/> | | |
8. Werden Medikamente eingenommen? Ja Nein
wenn ja, welche?
9. Bestehen Probleme mit der Nasenatmung? Ja Nein
- | | | | | |
|---|--|-----------|--|--|
| <input type="checkbox"/> Asthma bronchiale | <input type="checkbox"/> Allergisches Asthma | seit wann | | |
| <input type="checkbox"/> Häufige Erkältungen, | | seit wann | | |
| <input type="checkbox"/> Mundatmung | <input type="checkbox"/> Schnarchen | seit wann | | |
10. Liegen Allergien oder Heuschnupfen vor? Ja Nein
wenn ja, welche?
11. Wurden Hals-, Nasen-, Ohrenärztliche Operationen durchgeführt? Ja Nein
- | | | | |
|--|-------|--|--|
| <input type="checkbox"/> Gaumenmandeln | Wann? | | |
| <input type="checkbox"/> Rachenmandeln („Polypen“) | Wann? | | |
| <input type="checkbox"/> Parazentese (Röhrchen im Trommelfell) | Wann? | | |
| <input type="checkbox"/> Nasenscheidewand | Wann? | | |
12. Im wievielten Monat kam der erste Milchzahn? _____ Monat
13. Besteht/ Bestand ein Daumen-/ Fingerlutschen? Wenn ja, seit wann Ja Nein
14. Liegt eine Fehlgewohnheit im Lippen- oder Zungenbereich vor?
- | | | | | |
|---------------------------------------|---|---------------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> Lippenbeißen | <input type="checkbox"/> Lippensaugen | <input type="checkbox"/> Lippenlecken | | |
| <input type="checkbox"/> Nägelkauen | <input type="checkbox"/> Bleistiftkauen | <input type="checkbox"/> sonstiges | | |
15. Liegt/ Lag ein Sprachfehler vor? Wenn ja, wann Ja Nein
16. Wurde eine logopädische Behandlung (Sprachtherapie) durchgeführt? Ja Nein
17. Gab es einen Unfall mit Folgen für den Kopf-Hals-Bereich? Wenn ja, wann? Ja Nein
- | | | |
|--------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| mit Zahn-/ Kieferverletzungen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| mit Zahnverlusten? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
18. Besteht ein Zähneknirschen? Ja Nein
19. Bestehen Kiefergelenkknacken oder –beschwerden? Ja Nein

Befragung gem. §28/1RöV

1. Sind Sie/ Bist Du in den letzten 12 Monaten im Kopf-/Kieferbereich geröntgt worden? Ja Nein
Wenn ja, bei wem und wann:
2. Weibliche Patienten: Könnte zurzeit eine Schwangerschaft bestehen? Ja Nein
3. Prinzipielles Einverständnis für notwendige Röntgenaufnahmen während der kieferorthopädischen Behandlung Ja Nein

Langenhagen, den

Unterschrift Patient/ Erziehungsberechtigter