Dr. med. dent.
S. BASTIN
FACHZAHNÄRZTIN FÜR
KIEFERORTHOPÄDIE

Sehr geehrte Patienten,
sehr geehrte Patienteneltern,

im Interesse einer komplikationslosen Behandlung bitten wir Sie, folgende für den kieferorthopädischen und zahnärztlichen Bereich wichtigen Fragen sorgfältig zu beantworten.
Selbstverständlich unterliegen alle Angaben strengster ärztlicher Schweigepflicht und sind nur zum praxisinternen Gebrauch bestimmt.

Patientenname: _____

Vorname: _____ Geb.: _____

Straße: _____ Telefon: _____

Telefon bei der Arbeitstelle: _____ Handy: _____

PLZ: _____ Wohnort: _____

Krankenkasse: _____ Beihilfeberechtigt: ja O nein O

Besteht eine Zusatzversicherung für Kieferorthopädie ? ja O nein O

Haben beide Elternteile das medizinische Sorgerecht ? ja O nein O
Falls nein: Wer hat das medizinische Sorgerecht ? _____

Name, Vorname und Geburtsdatum des Versicherten: _____

Anschrift des Versicherten: _____

Beruf: _____ Arbeitgeber: _____

– **Zutreffendes bitte ankreuzen -**

Allgemeine Anamnese:

Ist der Patient zur Zeit in ärztlicher Behandlung ? ja O nein O

(Wenn ja, weshalb und bei welchem Arzt: _____
Werden regelmäßig Medikamente eingenommen? ja O nein O

(wenn ja, welche: _____)

Bestehen schwerwiegende Krankheiten? ja O nein O
(z.B. Rachitis, Diabetes, Tuberkulose, Asthma, Epilepsie, Herzfehler, Allergie, Rheuma, AIDS, HIV-positiv, Hepatitis, Blutungsneigung, Behandlung mit Bisphosphonaten, sonstige Krankheiten?)

_____

Wurden im Mund-Kiefer- oder Gesichtsbereich bereits Operationen durchgeführt bzw. lagen Unfälle vor oder wurde bestrahlt?
(wenn ja, wann: _____ was: _____

Hat der Patient häufig Erkältungskrankheiten? ja O nein O
(Schnupfen, Angina, Bronchitis)
Wird häufig durch den Mund geatmet oder schnarcht Ihr Kind? ja O nein O
Wurde bereits ein Hals-Nasen- und Ohrenarzt aufgesucht? ja O nein O

Wurden die Mandeln (Tonsillektomie) oder die Polypen (Adenotomie) schon entfernt ? ja O nein O
(wenn ja, wann: _____)

Bitte wenden und die Rückseite ausfüllen!

Spezielle Anamnese:

Wie oft putzt sich der Patient die Zähne am Tag? 1x täglich O 2x täglich O 3x täglich O

Wie lange liegt der letzte Zahnarztbesuch zurück? _____

Behandelnder Zahnarzt: _____ empfohlen/überwiesen durch:_____

Wann wurde der Patient das letzte Mal geröntgt? _____

Bitte bringen Sie vorhandene Röntgenbilder aus Strahlenschutzgründen zur Beratung mit oder bitten Sie Ihren Hauszahnarzt uns die Bilder als verschlüsselte E-Mail an praxis@kfo-bastin.de zu schicken!

Knirscht/presst der Patient mit den Zähnen? ja O nein O
Liegen Verspannungen der Muskulatur oder Beschwerden im Kiefergelenk vor? ja O nein O

Wann sind die ersten Zähne durchgebrochen? _____

Lagen im Milchgebiss bereits auffällige Zahn- oder Kieferfehlstellungen vor? ja O nein O
Mussten bereits Zähne entfernt werden? ja O nein O

Wurden gleiche oder ähnliche Gebissanomalien in der Familie beobachtet und wenn ja welche?

_____

Hat der Patient an einem Daumen oder Finger gelutscht? ja O nein O
Lutscht der Patient heute noch? ja O nein O

Gewohnheiten:

Lippenbeißen ja O nein O Zungenbeißen/Pressen ja O nein O

Nägelkauen ja O nein O Sprachfehler ja O nein O

Befand sich der Patient in bereits in logopädischer Behandlung? ja O nein O

Weitere Angaben

War der Patient schon einmal in kieferorthopädischer Behandlung? ja O nein O

Wurde die Behandlung erfolgreich abgeschlossen? ja O nein O

Bei welchem Zahnarzt oder Kieferorthopäden fand die Behandlung in welchem Zeitraum statt?

_____

Wurde bereits von einem Kollegen eine kieferorthopädische Behandlung abgelehnt, da diese nicht mehr von der gesetzlichen Krankenkasse übernommen wird? ja O nein O

Waren oder sind Geschwister zur Zeit in kieferorthopädischer Behandlung? ja O nein O

Welche Sportart wird ausgeübt? _____
Spielt der Patient ein Blasinstrument? ja O nein O

(wenn ja, welches: _____)

Im Fall der Veräußerung der Praxis bin ich damit einverstanden, dass meine gesamten Behandlungsunterlagen an den Erwerber weitergegeben werden.

_____ _____
Datum Unterschrift