

ZUSATZINFORMATIONEN ZUR KIEFERORTHOPÄDISCHEN BEHANDLUNG

(Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen!)

ALLGEMEINE ANGABEN

Name _____ Vorname _____ Geb. _____
Körpergröße: _____

ANLASS DER KIEFERORTHOPÄDISCHEN BEHANDLUNG

- Überweisung durch einen Zahn- oder Schulzahnarzt?
- Auf Wunsch von Mutter/Vater/Patient?
- Aus ästhetischen Gründen?

	ja	nein
Wurden Sie bereits anderenorts kieferorthopädisch beraten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erfolgte bereits anderenorts eine kieferorthopädische Behandlung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wurden bereits Zahnmodelle, Röntgenbilder oder ähnliches erstellt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wenn ja, bitte Name/Anschrift des behandelnden Arztes: _____

FRAGEN ZUR FAMILIE

	ja	nein
Hat jemand in der Familie eine ähnliche Zahnstellung? Wenn ja, wer? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Körpergröße der Mutter: _____ Körpergröße des Vaters: _____		

PATIENTENANAMNESE

	ja	nein
Besteht oder bestand beim Patienten eine ernsthafte Kopfverletzung? Wenn ja, wann und welche? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hatte der Patient einmal eine Verletzung, welche die Zähne betraf? Wenn ja, wann und wodurch? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind beim Patienten die Mandeln oder Polypen entfernt worden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atmet der Patient oft oder ausschließlich durch den Mund?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind bei dem Patienten Sprachfehler (z.B. Lispeln o.ä.) bekannt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist oder war der Patient in logopädischer Behandlung? Wenn ja, Name des Logopäden: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist oder war der Patient in osteopathischer Behandlung? Wenn ja, Name des Osteopathen: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lutscht der Patient am Daumen oder an den Fingern?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hat der Patient Gelenkbeschwerden (z.B. Knacken, Reiben, Schmerzen)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Knirscht der Patient mit den Zähnen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Empfindet der Patient seine Zahnstellung als belastend?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ort, Datum

Unterschrift (bei Minderjährigen gesetzlicher Vertreter)

MEINE ZAHNÄRZTE ZMVZ GmbH

GESCHÄFTSFÜHRER:
Dr. Christopher Schmid MBA MSC.
Amtsgericht: Bad Homburg v.d.H.
HRB 15501

FON: 060 81 - 94 29 - 0
FAX: 060 81 - 94 29 - 29
MAIL: INFO@MEINE-ZAHNAERZTE.DE
WEB: WWW.MEINE-ZAHNAERZTE.DE

Deutsche Bank AG • BIC: DEUTDE33HAN
IBAN-CODE: DE98 5007 0024 0036 8134 00
UMSATZSTEUER-ID: DE160558859
STEUER-NR.: 003 239 46063

