

**Liebe Patientin, lieber Patient,**

damit wir genau auf Ihre kieferorthopädischen Bedürfnisse eingehen können, benötigen wir einige Angaben von Ihnen. Diese Daten unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

**Patient**

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

Name, Vorname

Geburtsdatum

Straße, Nr.

Telefon privat

Postleitzahl, Ort

Telefon mobil

E-Mail

1. Waren Sie bereits bei einem Kieferorthopäden?  Ja  Nein

2. Sind Sie bereits kieferorthopädisch behandelt worden?  Ja  Nein

3. Waren Sie bereits bei einem Sprachtherapeuten/Logopäden?  Ja  Nein

4. Liegen ähnliche Zahnfehlstellungen in der Familie vor?  Ja  Nein

5. Sind bei einem Unfall die Milchschneidezähne verloren gegangen oder bleibende Zähne beschädigt worden?  Ja  Nein

6. Welche Krankheiten hatten Sie? (z.B. rheumatische Erkrankungen, Scharlach, Gelbsucht)

7. Bestehen zur Zeit ansteckende Krankheiten? (z.B. Hepatitis, Tuberkulose, HIV)

8. Bestehen Allergien?  Ja  Nein

Wenn ja, welche?

9. Bestehen Blutgerinnungsstörungen?  Ja  Nein

10. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?  Ja  Nein

Wenn ja, welche?

11. Atmen Sie mehr  durch die Nase?  durch den Mund?

12. Waren Sie bereits beim Hals-Nasen-Ohren-Arzt?  Ja  Nein

13. Knirschen Sie nachts mit den Zähnen?  Ja  Nein

14. Liegen sonstige Angewohnheiten vor, wie

Nägelkauen/-beißen  Stiftekauen  Lippenbeißen  Sonstiges

15. Haben Sie Probleme mit dem Kiefergelenk?  Ja  Nein

16. Wer ist Ihr Hauszahnarzt?

17. Wer ist Ihr Hausarzt?

Datum

Unterschrift des Patienten