

---

*Herzlich willkommen in unserer Praxis!*

Bevor wir uns in Ruhe über Ihre kieferorthopädischen Wünsche oder Sorgen unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist für eine adäquate und risikofreie Behandlung wichtig. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Mit Ihrer Unterschrift erklären Sie Ihr Einverständnis, bei festgestellter Behandlungsbedürftigkeit zum Zwecke der Aufstellung eines Heil- und Kostenplanes die diagnostischen Unterlagen in dieser Praxis erstellen zu lassen.

Ihr Praxisteam.

**Patient**

\_\_\_\_\_  
Name                      Vorname                      geb.

**Hauptversicherter**

\_\_\_\_\_  
Name                      Vorname                      geb.

**Anschrift**

\_\_\_\_\_  
Strasse                      Nr.

\_\_\_\_\_  
PLZ                      Ort

\_\_\_\_\_  
Tel. privat                      Tel. Geschäft                      Tel. mobil

**Selbstständig?**

--	--

ja                      nein

**Arbeitgeber bzw.  
Geschäft**

\_\_\_\_\_  
Arbeitgeber / Geschäft

\_\_\_\_\_  
Strasse                      Nummer

\_\_\_\_\_  
PLZ                      Ort

**E-Mail Adresse**

\_\_\_\_\_



# Aufnahmebogen

---

**JA**      **NEIN**

Befindet sich der Patient zur Zeit in kieferorthopädischer Behandlung?

Wurde bereits früher eine kieferorthopädische Behandlung durchgeführt?

Wurde diese Behandlung zu Ende geführt?

Sind oder waren Geschwister in kieferorthopädischer Behandlung?

Wurde ein Zahnputzunterricht durchgeführt?

Sind in der Familie Nichtanlagen von Zähnen bekannt?

Hatte der Patient einen Unfall mit Folgen für die Zähne oder Kiefer?

Wird zur Zeit anderweitig eine ärztliche Behandlung durchgeführt?

Bestehen Allergien oder Unverträglichkeiten?

Besitzt der Patient einen Allergiepass?

Werden regelmäßig Medikamente eingenommen?

Bestehen ansteckende Krankheiten (TBC, Aids, Hepatitis etc.)?

Sonstige Krankheiten?

Wurden die Rachen- bzw. Gaumenmandeln entfernt?

Wurde in den letzten 12 Monaten im Kopf-Kiefer-Zahnbereich geröntgt?

Wenn ja, wo?

Besitzt der Patient einen Röntgenpass?

**JA      NEIN**

Wurde Finger oder Daumen gelutscht?

Wie lange?

Wird häufig mit offenem Mund geschlafen?

Nägelkauen?

Spielt der Patient ein Blasinstrument?

**Besteht eine Schwangerschaft?**

Wenn ja, in welchem Monat?

---

**Wir weisen Sie darauf hin, dass in unserer Praxis die zur Abrechnung und Verwaltung notwendigen Daten in unserer EDV erfasst und gespeichert werden.**

**Bitte teilen Sie uns sofort Änderungen der obigen Angaben mit!**

**Vielen Dank für Ihre Mithilfe!**