

Für unsere erwachsenen Patienten!

Name	Vorname
Straße	PLZ/Ort
Geboren am	in
Telefon	Beruf
Names des Zahnarztes	Handy
	E-Mail

Gesetzlich versichert Ja Nein
Zusatzversicherung Ja Nein

Privat versichert Ja Nein
Beihilfe versichert Ja Nein

Was ist der Hauptgrund für Ihren Besuch bei uns?

Ich komme auf Empfehlung von

Welche Erwartungen haben Sie von der Behandlung?

Hatten Sie schon mal eine kieferorthopädische Behandlung? Ja Nein

Haben Sie akut Schmerzen oder Beschwerden? Ja Nein

Wenn ja, welche:

Zahnschmerzen? Ja Nein Welche?

Kiefergelenkschmerzen? Ja Nein Welche?

Zahnfleischprobleme? Ja Nein Welche?

Muskelverspannungen? Ja Nein Welche?

Bestehen Allgemeinerkrankungen?

z.B.: innere Organe / Herz-Kreislauf / Blutgerinnungsstörungen / erhaltene Bluttransfusionen / Diabetes / Endokrine bzw. Wachstumsstörungen / Asthma / Z.n. Radiatio / Hauterkrankungen / Bewegungsapparat / rheumat. Erkrankungen / Rheumatoide Arthritis / Gelenkerkrankungen / Syndrome / Fehlbildungen / LKG / Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätssyndrom / Schlafstörungen / längere Krankenhausaufenthalte

Sind Allergien bekannt? Ja Nein

Latex / Metalle / Pollen / Gräser / Staub / Medikamente

Sind Infektionskrankheiten bekannt? Ja Nein

Hepatitis / HIV / Tuberkulose / sonstige

Nehmen Sie Medikamente ein – wegen welcher Erkrankung? Ja Nein

Insb. Langzeitmedikation / Antikoagulantien / Antiepileptika / Antirheumatika / Osteoporosemittel / Analgetika zur Linderung von Kiefer-/Gesichtsschmerzen - CMD?

.....den Unterschrift