



Gesundheitsbogen

Patientenname: Vorname: Geburtsdatum:

Strasse: PLZ: Ort:

Telefon: Handy: Email:

Beruf: Arbeitgeber:

Krankenkasse: Geschäftsstelle: Versichert mit:

Zahnarzt:
 freiwillig versichert
 pflichtversichert

Bitte beantworten Sie die nachstehenden Fragen möglichst vollständig. Sie können so die für das Beratungsgespräch erforderliche Zeit verkürzen und dabei helfen, eine umfassende Grundlage für die Behandlungsplanung zu schaffen.

1. Größere **chirurgische Eingriffe** oder **Unfälle** in den letzten Jahren? keine
 welche?.....
 wann?..... wo behandelt?
- Gingen bei einem Unfall Milchschneidezähne verloren oder wurden bleibende Zähne beschädigt
 wenn ja, welche?
- Erfolgt bei chirurgischen Eingriffen bzw. Unfällen Bluttransfusionen?
 wann? wo?

2. Bestehen **Allergien**? keine
 Nickel Chrom Pollen/Gräser Latex/Gummi sonstige:
 gegen Medikamente Allergiepass vorhanden

3. Nehmen Sie regelmäßig **Medikamente** ein? nein
 wenn ja, welche ?

4. Kinderkrankheiten/Krankheiten?
 Scharlach Röteln Diphtherie Masern Mumps Hirnhautentzündung
 Rachitis Lungenentzündung Asthma Heuschnupfen
 Mittelohrentzündung Hörprobleme häufige Erkältungen
 häufige Aphthen (Bläschen an der Mundschleimhaut) Herpes Epilepsie
 Diabetes Nierenerkrankung Rheuma Herzleiden Schilddrüsenerkrankung
 Ernährungsstörungen im Lebensjahr
- Wachstumsstörungen
- Haltungsschäden (z.B. Hohl-/Rund-/Flach-Rücken, X-/O-Beine, Knick-/Spreiz-/Plattfuß o.a.)
- Bestehen zurzeit **ansteckende Krankheiten** (z.B. Hepatitis, Tuberkulose, HIV ...)? nein
 wenn ja, welche?
- Bestehen **Blutgerinnungsstörungen**? nein
 wenn ja, welche?.....
- Sind Sie seit längerem in **ärztlicher Behandlung**? nein
 wenn ja, weswegen?



5. Waren Sie bereits einmal bei einem **Hals-Nasen-Ohrenarzt**? nein
 Entfernung der Polypen wann? Entfernung der Mandeln wann?
 sonstige Behandlung: Beratung
6. Wie **atmen** Sie normalerweise?
 durch die Nase durch den Mund erschwerte Nasenatmung nächtliches Schnarchen
7. **Knirschen** Sie? nein
 nachts tagsüber
8. Bestanden oder bestehen **Erkrankungen der Kiefergelenke**? nein
 Probleme beim Kauen Schmerzen beim Kauen Muskelverspannungen im Kieferbereich
 Gelenkgeräusche (z.B. Knacken) häufige Kopf- bzw. Nackenschmerzen
9. Treiben Sie eine **Sportart** intensiv? welche/wie oft ? nein
 Spielen Sie ein **Instrument**? welches? nein
- 10. Anlass für die kieferorthopädische Beratung:**
 Verbesserung der Kaufunktion der Sprache des Aussehens
 Vorbeugung von Karies und Parodontose sonstige Gründe:
 Geschwister sind bzw. waren in kieferorthopädischer Behandlung sind waren nein
 Überweisung erfolgte durch:
 Datum der letzten zahnärztlichen Untersuchung/Behandlung:
- 11. Wurde andernorts bereits eine kieferorthopädische Behandlung durchgeführt?** nein
 wenn ja, wann? von bis
 durch wen? (Praxis)
 (Anschrift)
 Erfolgte diese Behandlung mit **herausnehmbaren** oder mit **feststehenden** Apparaturen?
 Wurden im Rahmen dieser Behandlung bleibende Zähne **entfernt**? ja
 Wurde diese Behandlung **regulär abgeschlossen** oder **abgebrochen**?
 Wenn diese Behandlung **abgebrochen** wurde, aus welchen Gründen geschah dies?

- Falls sich Unterlagen der Vorbehandlung (Modelle, Röntgenbilder, Behandlungsplan etc.) in Ihrem Besitz befinden, bringen Sie diese bitte zur Beratung/Behandlungsplanung mit.**
 Eine kieferorthopädische Behandlung dauert in der Regel mehrere Jahre.
 Werden Sie in den nächsten Jahren im Einzugsbereich von Dinkelsbühl wohnen bleiben
 oder ist ein Umzug geplant? wann?
 Kann eine regelmäßige Kontrolle (alle 4-6 Wochen) sichergestellt werden? ja nein
- 12. Wie sind Sie auf meine Praxis aufmerksam geworden:** Internet Auskunft Bekannte Überweiser

Datum:

Unterschrift des Patienten: