

Dr. Kristin Klingler

Fachzahnärztin für Kieferorthopädie
Linzgaustraße 32
88690 Uhdingen-Mühlhofen

T 07556 247 536-0
M mail@kieferhelden.de
W www.kieferhelden.de



ANMELDUNG / ANAMNESE

PATIENT

Nachname

Vorname

Geburtsdatum

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

E-Mail

Telefon

Zahnarzt (Name, Ort)

Hausarzt / Kinderarzt (Name, Ort)

Krankenkasse / Versicherung

- Basistarifversichert Beihilfeberechtigt
 Freiwillig versichert Zusatzversichert

Ist bereits ein Geschwisterkind in kieferorthopädischer Behandlung? J N

Ich erkläre mich hiermit einverstanden, dass wichtige Informationen über meinen Gesundheitszustand innerhalb der Praxis KIEFERHELDEN zum Zwecke der fachübergreifenden Zusammenarbeit weitergereicht werden.

Mir ist bewusst, dass die Honorarforderungen des Arztes bei Zahlungsverzug an ein zugelassenes Inkassounternehmen abgegeben werden und diesem die erforderlichen Patienten- und Behandlungsdaten weitergeleitet werden.

HAUPTVERSICHERTER (falls abweichend)

Nachname

Vorname

Geburtsdatum

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Arbeitgeber

Welcher Elternteil ist erziehungsberechtigt?

- Mutter Vater Beide

Nachname eines erziehungsberechtigten Elternteils

Vorname eines erziehungsberechtigten Elternteils

Der Speicherung meiner persönlichen Daten stimme ich zu. Alle Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden streng vertraulich behandelt. Ich verpflichte mich, Sie umgehend über alle während des Behandlungszeitraumes auftretenden Änderungen (Gesundheitszustand/Adresse/Telefonnummer) zu informieren.

Ich verpflichte mich, vereinbarte Termine einzuhalten oder mindestens zwei Tage im Voraus abzusagen, andernfalls können daraus entstehende Kosten in Rechnung gestellt werden.

Ort, Datum, Unterschrift des Patienten (ggf. des Erziehungsberechtigten)

Bitte die Rückseite nicht vergessen! ▶

01. Warum kommen Sie heute zu den KIEFERHELDEN? Erstberatung Zweite Meinung
 Invisalign
02. Waren Sie früher oder sind Sie derzeit in kieferorthopädischer Beratung / Behandlung? Wenn ja, von wann bis wann? _____
Bei wem? _____
- Wurde diese Behandlung zu Ende geführt? Wenn nein, warum nicht? _____
03. Macht Ihr Zahnarzt regelmäßig die Prophylaxe / professionelle Zahnreinigung?
04. Wurde bei Ihnen ein Röntgenbild von den Zähnen angefertigt? Wenn ja, wann? _____
-
05. Gibt es Gebissunregelmäßigkeiten in der Familie? Wenn ja, bei wem?
 Mutter Vater Geschwister
06. Sind in der Großfamilie Nichtanlagen von Zähnen bekannt? Wenn ja, bei welchen Zähnen? _____
-
07. Hatten / Haben Sie gesundheitliche Probleme / Schmerzen in einem der folgenden Bereiche? Wenn ja, in welchem Bereich?
 Ohren Nacken
 Gesicht / Kopf Herz / Kreislauf
 Nervensystem / Psyche Schilddrüse
 Magen / Darm / Pankreas Leber / Niere
 Knochen / Gelenke / Muskeln Blutssystem
 Sonstige _____
08. Liegt eine Infektionskrankheit vor? Wenn ja, was für eine Krankheit?
 HIV Hepatitis B / C
 Sonstige _____
09. Nehmen Sie Medikamente ein? Wenn ja, welche? _____
10. Besteht eine Schwangerschaft? Wenn ja, in welchem Monat? _____
11. Rauchen Sie?
12. Haben Sie Probleme mit der Atmung? Wenn ja, womit genau? Seit wann? _____
 Mundatmung Nasenatmung
 Asthma Allerg. Asthma
13. Schnarchen Sie? Wenn ja, seit wann? _____
14. Haben Sie eine Allergie oder Heuschnupfen? Wenn ja, gegen was sind Sie allergisch? _____
15. Haben Sie als Kleinkind am Daumen gelutscht? Wenn ja, bis wann? _____
16. Liegt eine Fehlgewohnheit im Lippen- oder Zungenbereich vor? Wenn ja, welche?
 Lippenbeißen Nägel kauen
 Lippensaugen / -lecken Bleistift kauen
 Sonstiges _____
17. Knirschen Sie (nachts) mit den Zähnen? Wenn ja, seit wann? _____
Wenn es behandelt wird, bei wem? _____
18. Bestehen Kiefergelenkknacken und / oder -beschwerden? Wenn ja, seit wann? _____
Was genau und auf welcher Seite? (Links / Rechts)
 Knacken Schmerzen
 Mundöffnungseinschränkungen
19. Haben Sie ein Hobby, das die Mundgesundheit beeinflussen könnte? Wenn ja, was für eines? _____
20. Wie sind Sie auf die KIEFERHELDEN aufmerksam geworden?
