

Herzlich willkommen in unserer Praxis! Bitte beantworten Sie folgende Fragen durch Ankreuzen:	ja	nein
-Wurde bereits eine kieferorthopädische Behandlung begonnen oder durchgeführt? -Wurde sonst schon jemand aus Ihrer Familie kieferorthopädisch behandelt? -Liegen auffällige Zahnstellungen bei nahen Verwandten vor? (z.B. Lippen-Kiefer-Gaumen-Spalten, nichtangelegte Zähne, vorn offener Biß, vorstehender UK?)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

-Gab es Probleme bei der Geburt, speziell Sauerstoffmangel für das Kind? -Kam es bereits zu größeren Unfällen (Kopfverletzungen) oder Krankenhausaufenthalten? -Werden beim Hauszahnarzt regelmäßige Putzübungen durchgeführt?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
--	--	--

-Lag eine dieser Infektionskrankheiten vor: a) Hepatitis (=Gelbsucht) b) Tuberkulose c) HIV (=AIDS) ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
---	--	--

-Liegen Herz-Kreislauf- bzw. Bluterkrankungen vor? -Haben Sie Diabetes? -Mußte eine Behandlung wegen neurologischer (z.B. Epilepsie oder andere Krampfleiden) oder wegen psychischer Probleme in Anspruch genommen werden?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
--	--	--

-Liegen Allergien vor? -Liegt ADHS, LRS oder ähnliches vor? -Werden regelmäßig Medikamente eingenommen? -Wurde im letzten halben Jahr geröntgt?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
--	--	--

-Erfolgt die Atmung fast immer durch den offenstehenden Mund (statt durch die Nase) b.z.w. wachen Sie früh immer mit trockenem Mund auf? Steht nachts ein Glas Wasser neben dem Bett? -Wurden bereits die Mandeln b.z.w. Wucherungen (=Polypen) entfernt?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
---	--	--

-Treten oft Kopf-, Nacken-, Rücken-, Knie-, Kiefergelenkschmerzen oder auch Ohrenpfeifen (Tinnitus / Gefühl wie Wasser im Ohr) auf? -Werden in den Schuhen Einlagen getragen? -Wird noch gelutscht? -Wird ein Blasinstrument gespielt?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
---	--	--

-Weibliche Patienten beantworten bitte noch folgende Fragen:	
a) Tritt bereits Regelblutung auf?	<input type="checkbox"/> nein. <input type="checkbox"/> ja
b) Besteht derzeit eine Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/> nein. <input type="checkbox"/> ja.

Ich versichere, vorliegende Angaben wahrheitsgemäß gemacht zu haben.	
Greifswald, den (Unterschrift des Versicherten)

-MH:

-OK-MLV:

-Paro

8	7	6	5	4	3	2	1		1	2	3	4	5	6	7	8
			V	IV	III	II	I		I	II	III	IV	V			
			V	IV	III	II	I		I	II	III	IV	V			
8	7	6	5	4	3	2	1		1	2	3	4	5	6	7	8

Name-Pat: Vorname: geb:

Versicherter: Vorname: geb:

Erziehungsberechtigter: beide Eltern nur Mutter nur Vater

Tel.-privat:

Tel.-dienstl: Krankenkasse:

Anschrift für Rechnungstellung (falls diese nicht mit der auf der Chipkarte angegebenen Adresse des Pat. übereinstimmt):

.....
.....
.....

Wer ist Ihr Zahnarzt?