



### Wie lautet Ihre Anschrift?

Strasse	PLZ	Ort
Telefon	Telefax	

Wie heißt Ihr Zahnarzt? \_\_\_\_\_

### Wie heissen Sie?

Nachname	Vorname
Geburtsdatum	Geburtsort

### Wer ist Zahlpflichtiger?

Nachname	Vorname	geb.
Straße	PLZ	Ort
Telefon	Mobil Telefon	
Beruf	Arbeitgeber	

Name der Krankenkasse? \_\_\_\_\_

**Pflichtversichert?** Ja ( ) / Nein ( )

**Beihilfeberechtigt?** Ja ( ) / Nein ( )

**Basistarifversichert?** Ja ( ) / Nein ( )

Wir sind immer bemüht, Ihnen lange Wartezeiten zu ersparen. Bitte sagen Sie Termine, die Sie nicht einhalten können mindestens 3 Tage vorher ab. Wir sind berechtigt, nicht eingehaltene Termine auch Mitgliedern der gesetzlichen Krankenkasse nach der privaten Gebührenordnung (GOZ) in Rechnung zu stellen.

Sie sind damit einverstanden in einem Behandlungszimmer mit mehreren Behandlungsstühlen behandelt zu werden und zwecks Terminabsprache benachrichtigt zu werden.

Die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten erfolgt nur soweit eine Rechtsvorschrift dies anordnet. Eine Patienten-Information nach Art. 13 DSGVO liegt zur Mitnahme aus. Sie sind bereit und in der Lage, den während der Behandlung entstehenden Eigenanteil zu tragen.

Trier, den \_\_\_\_\_  
Unterschrift des Zahlpflichtigen.

**Waren Ihre Eltern oder Geschwister in kieferorthopädischer Behandlung?**  
Ja ( ) / Nein ( )

**Waren Sie schon einmal bei einem Kieferorthopäden?**  
Zur Beratung? Ja ( ) / Nein ( )  
Zur Behandlung? Ja ( ) / Nein ( )

**Waren oder sind Sie in orthopädischer Behandlung?** Ja ( ) / Nein ( )

**Wo haben Sie Schmerzen oder Beschwerden:**  
Kopf Ja ( ) / Nein ( )  
Nacken Ja ( ) / Nein ( )  
Ohr Ja ( ) / Nein ( )  
Kiefergelenk Ja ( ) / Nein ( )  
Andere: .....

**Wann treten diese Schmerzen auf?**  
Zu einer bestimmten Tageszeit, wann: .....  
Unregelmäßig. Ja ( ) / Nein ( )  
Beim Kauen Ja ( ) / Nein ( )  
Schmerzt es bei weiter Mundöffnung Ja ( ) / Nein ( )  
Haben Sie Früher eine eingeschränkte Mundöffnung bemerkt?  
Ja ( ) / Nein ( )

**Bemerken Sie Kiefergelenkgeräusche?** Ja ( ) / Nein ( )  
Wenn ja, seit wann? .....  
Sind bestimmte Zähne schmerzhaft oder empfindlich? Ja ( ) / Nein ( )  
Knirschen oder Pressen Sie mit den Zähnen? Ja ( ) / Nein ( )  
Erfolgte bereits wegen ähnlicher Beschwerden eine Behandlung:  
(Einschleifen, Schientherapie, etc.)? Ja ( ) / Nein ( )

**Wurden Sie schon einmal operiert?**  
Wann? .....  
Körperteil? .....

**Haben Sie eine Allgemein-, Erbkrankheit?**  
z.B. Diabetes/ Rheuma etc.: .....

**Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?** Ja ( ) / Nein ( )  
Wenn ja, welche? .....

**Leiden Sie an Allergien?** Ja ( ) / Nein ( )  
Wenn ja, welche? .....

**Bestehen besondere Doppelbelastungen?** z.B. Berufswechsel, Prüfung,  
familiäre Doppelbelastung) .....

**Wer ist Ihr Hausarzt?** .....

**Hatten Sie einen Unfall mit Verletzungen im Kieferbereich?** Ja ( ) / Nein ( )

**Rauchen Sie?** Ja ( ) / Nein ( )  
Wenn ja, seit wann? .....  
Wie viel pro Tag?.....

**Spielen Sie ein Blasinstrument** Ja ( ) / Nein ( )  
Wenn ja, welches? .....

**Warum kommen Sie in unsere Praxis?** .....  
Empfehlung durch Zahnarzt? Ja ( ) / Nein ( )  
Bekannte? Ja ( ) / Nein ( )

**Danke!**  
**(Bitte zutreffendes bei Ja / Nein ankreuzen)**