

# PATIENTENFRAGEBOGEN

## für Erwachsene



### Herzlich willkommen in unserer Praxis!

Bevor wir uns ausführlich über Ihr kieferorthopädisches Anliegen unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine adäquate und risikofreie Behandlung. Alle Angaben sind vertraulich und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ Geb.-Datum \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_ PLZ/Ort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_ Handy \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

Arbeitgeber \_\_\_\_\_

Krankenkasse \_\_\_\_\_

Hauszahnarzt \_\_\_\_\_

Kommen Sie auf Empfehlung? Wenn ja, von wem? \_\_\_\_\_

### Fragen im Rahmen der kieferorthopädischen Voruntersuchung

1. Anlass für die kieferorthopädische Beratung:

Verbesserung  der Kaufunktion  der Artikulation  des Aussehens

Vorbeugung von Karies und Parodontose

Sonstige Gründe \_\_\_\_\_

2. Ist bereits eine kieferorthopädische Behandlung erfolgt?  Ja  Nein

Falls ja, wann? \_\_\_\_\_ Wo? \_\_\_\_\_

3. Befinden Sie sich aktuell in ärztlicher Behandlung?  Ja  Nein

Falls ja, weshalb? \_\_\_\_\_

4. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?  Ja  Nein

Falls ja, welche? \_\_\_\_\_

5. Liegen schwerwiegende Krankheiten vor?  Ja  Nein

(z.B. Tuberkulose, Hepatitis, HIV, Herzfehler, Rheuma, Epilepsie, Blutungsneigung, Diabetes etc.)

Falls ja, welche? \_\_\_\_\_

# PATIENTENFRAGEBOGEN

## für Erwachsene



6. Fanden bereits Mund- oder Kieferoperationen statt?  Ja  Nein  
Falls ja, wann? \_\_\_\_\_ Was? \_\_\_\_\_
7. Sind Allergien bzw. Überempfindlichkeiten gegen best. Stoffe bekannt (Allergiepass)?  Ja  Nein  
Falls ja, welche? \_\_\_\_\_
8. Leiden Sie unter Atmungs- und Schlafproblemen?  Ja  Nein
9. Rauchen Sie?  Ja  Nein
10. Bestanden oder bestehen Auffälligkeiten der Kiefergelenke?  Ja  Nein  
 Probleme beim Kauen  Schmerzen beim Kauen  Gelenkgeräusche (z.B. Knacken)  
 Muskelverspannungen im Kieferbereich  häufige Kopf- bzw. Nackenschmerzen  
 Sonstiges \_\_\_\_\_
11. Knirschen Sie?  Ja  Nein

### Fragen zur Röntgenuntersuchung

- Wurde bei Ihnen in den letzten 12 Monaten im Kopf- bzw. Körperbereich geröntgt?  Ja  Nein  
Wann, bei welchem Arzt? \_\_\_\_\_
- Besteht derzeit eine Schwangerschaft?  Ja  Nein

### Röntgeneinverständniserklärung

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass im Rahmen der kieferorthopädischen Behandlung notwendige Röntgenunterlagen bei mir angefertigt werden.

Einverständniserklärung gem. §73 Abs. 1b SGB V, den o.g. Patienten betreffende Behandlungsdaten und Befunde bei anderen Ärzten und Leistungserbringern zum Zwecke der Dokumentation und weiteren Behandlung anzufordern oder an diese Stellen zu übermitteln. Dies gilt auch beim Wechsel des Hauszahnarztes. Es ist mir bekannt, dass ich dieses Einverständnis jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

**Sollten sich zu den von Ihnen hier gemachten Angaben Änderungen ergeben, teilen Sie uns dies bitte unverzüglich mit!**