



Anmeldeformular

„In unserer kieferorthopädischen Praxis in Korntal
begrüßen wir Sie herzlich“


DR. ASTRID NEBGEN
KIEFERORTHOPÄDIE

Name, Vorname des Patienten	Geb. Datum	Alter
<input type="text"/>		

PLZ, Wohnort, Straße	Telefon
<input type="text"/>	

Name des Versicherten	Krankenkasse
<input type="text"/>	

Pflichtversichert Freiwillig versichert Beihilfe Privatversichert

Arbeitgeber: _____ Email-Adresse: _____

Ihr Zahnarzt: _____ Überwiesen, empfohlen durch: _____

Name des Versicherten, Vorname des Versicherten (falls abweichend)	Geb. Datum	Telefon / Handy (falls abweichend)
--	------------	------------------------------------

Straße (falls abweichend) _____

PLZ, Wohnort (falls abweichend) _____

1) Wurden Sie bereits kieferorthopädisch beraten bzw. vorbehandelt? Ja Nein
wenn ja, wie lange? _____

2) Wann wurde die letzte Röntgenaufnahme vom Kopf bzw. von den Zähnen vorgenommen?(Datum) _____

3) Atmen Sie im Allgemeinen durch die Nase durch den Mund ? Schlafen Sie mit offenem Mund? Ja Nein

5) Ist Ihnen bekannt, ob eine Zahnunter- oder überzahl vorliegt? Ja Nein
Falls ja, welche Zähne? _____

6) Haben Sie einen Unfall erlitten, bei dem bleibende Zähne beschädigt wurden oder verloren gingen. Ja Nein
Wenn ja, in welchem Lebensalter? _____

7) Waren Sie schon einmal in Behandlung eines Hals- Nasen- Ohrenarztes? Ja Nein
Wenn ja, welche Behandlung wurde durchgeführt?

Mandeln entfernt Polypen entfernt
Korrektur der Nasenscheidewand

9) Bestehen Allergien? Ja Nein
Wenn ja, welche _____

10) Liegen häufig Erkältungskrankheiten vor - (Schnupfen, Angina, Bronchitis)? Ja Nein

11) Bestehen andere Erkrankungen Ja Nein
Wenn ja, welche? _____

12) Nehmen Sie Medikamente ein? Ja Nein
Wenn ja welche? _____

13) Sind Sie in ärztlicher Behandlung? Ja Nein
Wenn ja, weshalb? _____
Wo? _____

14) Hatten Sie bereits eine Parodontose? Ja Nein
Falls ja, wann war dies? _____
Wurde diese behandelt? Ja Nein

15) Welches Anliegen haben Sie? _____

16) Bestehen in der Familie ähnliche Gebißunregelmässigkeiten? Ja Nein

18) Haben Sie Schmerzen im Kieferbereich? Ja Nein

19) Bestehen sonstige zahnmedizinischen Probleme (z.B. Kiefergelenk Knacken, Knirschen, Mundöffnungsprobleme?) Ja
Nein
Wenn ja, welche? _____

20) bei Patientinnen: liegt eine Schwangerschaft vor? Ja Nein

21) Wären Sie auch bereit eine feste Zahnsperre zu tragen? Ja Nein

Korntal-Münchingen, den _____

Ort, Datum

Unterschrift

