



Anmeldeformular

„In unserer Kieferorthopädischen Praxis in Korntal
begrüßen wir Dich herzlich“



Name, Vorname des Patienten	Geb. Datum	Alter	Email-Adresse
PLZ, Wohnort, Straße		Telefon	
Name des Versicherten		Krankenkasse	
O Pflichtversichert	O Freiwillig versichert	O Beihilfe	O Privatversichert

Ihr Zahnarzt: _____ Überwiesen, empfohlen durch: _____

Name des Versicherten, Vorname des Versicherten	Geb. Datum	Telefon / Handy (falls abweichend)
Straße (falls abweichend)		PLZ, Wohnort (falls abweichend)

1) Wurde der Patient 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) Atmet der Patient im Allgemeinen durch die Nase ☐ durch den Mund ☐
Schläft er/sie mit offenem Mund? Ja ☐ Nein ☐

4) Hat der Patient Daumen gelutscht? Ja ☐ Nein ☐
Wenn ja, bis zu welchem Alter? _____

5) Ist bekannt, ob der Patient eine Zahnunter- oder überzahl hat? Ja ☐ Nein ☐
Falls ja, welche Zähne? _____

6) Hat der Patient einen Unfall erlitten, bei dem Milchzähne oder bleibende Zähne beschädigt wurden oder verloren gingen. Ja ☐ Nein ☐
Wenn ja, in welchem Lebensalter? _____

7) War der Patient schon einmal in Behandlung eines Hals- Nasen- Ohrenarztes? Ja ☐ Nein ☐
Wenn ja, welche Behandlung wurde durchgeführt?

Mandeln entfernen ☐ Polypen entfernen ☐

8) Hat der Patient einen Sprachfehler? Ja ☐ Nein ☐

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

10) Hat der Patient häufig Erkältungskrankheiten (Schnupfen, Angina, Bronchitis)? Ja ☐ Nein ☐

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

12) Nimmt der Patient Medikamente? Ja ☐ Nein ☐
Wenn ja welche? _____

13) Ist der Patient in ärztlicher Behandlung? Ja ☐ Nein ☐
Wenn ja, weshalb? _____
Wo? _____

14) Ist der Patient selbst an einer Gebissregulierung interessiert? Ja ☐ Nein ☐

15) Wann putzt der Patient die Zähne?
morgens ☐ mittags ☐ abends ☐

16) Bestehen in der Familie ähnliche Gebißunregelmäßigkeiten? Ja ☐ Nein ☐

18) Ist das Lippenbändchen bereits entfernt worden? 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) Wäre der Patient auch bereit eine feste Zahnsperre zu tragen? Ja ☐ Nein ☐

22) Möchte der Patient gerne über besonders zahn-schonende Behandlungstechniken informiert werden, auch wenn diese nur zum Teil von übernommen werden? Ja ☐ Nein ☐

Korntal-Münchingen, den

Ort, Datum

Unterschrift

