

Dr. Hagemeister & Kollegen Fachzahnärzte für Kieferorthopädie

Nachname	Vorname	Geb.datum
Straße, Nr.	PLZ, Ort	
Krankenkasse	Zahnarzt	
Telefon (Festnetz)	Mobiltelefon	
Telefonnummer (dienstl.)	E-Mail	

Durch die Beantwortung der nachstehenden Fragen können Sie die für das Beratungsgespräch erforderliche Zeit verkürzen und uns helfen, eine umfassende Grundlage für die Behandlungsplanung zu schaffen.

Anamnese (Krankengeschichte)

JA NEIN

I. Familienanamnese

01. Bestehen in der Familie Gebissunregelmäßigkeiten (z.B. schiefe Zähne)? JA NEIN
02. Sind in der Familie Nichtanlagen von Zähnen bekannt?
wenn ja, welche Zähne: _____ JA NEIN

II. Patientenanamnese

01. Leiden oder litten Sie an einer der genannten Krankheiten? JA NEIN
 Asthma Heuschnupfen Rachitis Diabetes Hepatitis
 häufige Erkältungen Herz-/Kreislaufkrankungen Epilepsie HIV
 Blutgerinnungsstörung Tuberkulose
 sonstige: _____
02. Leiden Sie an einer Allergie?
wenn ja, welche: _____ JA NEIN
03. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?
wenn ja, welche: _____ JA NEIN
04. Leiden Sie an einer psychischen Erkrankung?
wenn ja, welche: _____ JA NEIN
05. Atmen Sie normalerweise durch den
 Mund und/ oder die Nase?
06. schnarchen knirschen pressen Sie?
seit wann: _____ JA NEIN

Dr. Hagemeister & Kollegen

Fachzahnärzte für Kieferorthopädie

- | | <u>JA</u> | <u>NEIN</u> |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 07. Bestehen Kiefergelenkknacken oder –beschwerden? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 08. Wurden Hals-, Nasen-, Ohrenoperationen durchgeführt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Gaumenmandeln | | |
| <input type="checkbox"/> Rachenmandeln („Polypen“) | | |
| <input type="checkbox"/> Parazentese (Röhrchen im Trommelfell) | | |
| <input type="checkbox"/> Nasenscheidewand | | |
| <input type="checkbox"/> sonstige: | | |
| 09. Liegt eine Fehlgewohnheit im Lippen- oder Zungenbereich vor? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Lippenbeißen | | |
| <input type="checkbox"/> Lippensaugen | | |
| <input type="checkbox"/> Lippenlecken | | |
| <input type="checkbox"/> Nägelkauen | | |
| <input type="checkbox"/> Bleistiftkauen | | |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ | | |
| 11. Hatten Sie einen Unfall mit Folgen für Kopf-Hals-Bereich? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| wenn ja, wann: _____ | | |
| wenn ja, mit Zahnverletzungen? _____ | | |
| wenn ja, mit Zahnverlusten oder Kieferbrüchen? _____ | | |
| 12. Welche Hobbys haben Sie? | | |
| _____ | | |
| III. Allgemeines | | |
| 01. Lassen Sie regelmäßig professionelle Zahnreinigungen durchführen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| wenn ja, seit wann: _____ | | |
| 02. Haben Sie sich bereits bei einem anderen Kieferorthopäden vorgestellt und wurde schon eine kieferorthopädische Behandlung begonnen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| wenn ja, bei wem/ wo: Dr. _____ in _____ | | |
| 04. Wurde diese Behandlung zu Ende geführt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| wenn nein, bitte Grund angeben: _____ | | |

X Dresden, den

(Datum & Unterschrift)

IV. Datenschutz

- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 01. Ich bin damit einverstanden, schriftlich, telefonisch oder per E-Mail über die weitere Terminvergabe informiert zu werden. (z.B. Recall, Terminerinnerungen oder versäumte Termine) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 02. Ich bin damit einverstanden, dass nach Abschluss der Behandlung die diagnostischen Gebissmodelle im 3D-Scanverfahren digitalisiert werden und die hieraus resultierenden Daten an die Align Technology GmbH mit Sitz in Köln zum Zwecke der Speicherung für eine Dauer von 10 Jahren übermittelt werden. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Sollten sich während der Behandlung Änderungen ergeben, informieren Sie uns bitte!

X Dresden, den

(Datum & Unterschrift)