

# Anmeldeformular für Erwachsene

Dr. Kathy Borgmann

Kieferorthopädin



Kapuzinergraben 18-22 52062 Aachen

Tel. 0241 / 28435 Fax 30660

(Vom Patienten bitte am PC oder in Druckschrift auszufüllen)

Fall-Nr. \_\_\_\_\_

Patientenname: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geboren am: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

Wohnort mit Plz. \_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Handy: \_\_\_\_\_

Arbeitgeber: \_\_\_\_\_

Tel.-Nr. dienstlich: \_\_\_\_\_

Krankenversicherung

gesetzlich  pflichtversichert

privat  freiw. versichert

Beihilfeberechtigung

Basistarif/Standardtarif

Name der Krankenversicherung: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_

## Zutreffende Felder bitte ankreuzen:

a) Wurden Sie zu einem früheren Zeitpunkt bereits kieferorthopädisch beraten/behandelt?  ja  nein

Bei wem wurde eine evt. Vorbehandlung durchgeführt? \_\_\_\_\_

b) Wer hat Sie auf die Zahnfehlstellungen aufmerksam gemacht? \_\_\_\_\_

c) Bestehen ähnliche Zahnfehlstellungen in der Familie? Wenn, ja, bei wem? \_\_\_\_\_  ja  nein

d) Haben Sie einen Unfall erlitten, bei dem Zähne beschädigt wurden oder verloren gegangen sind?  ja  nein

Wenn ja, welche Zähne waren betroffen? \_\_\_\_\_

In welchem Lebensjahr war dieser Unfall? \_\_\_\_\_

e) Waren Sie schon einmal in Behandlung eines Hals-Nasen- Ohrenarztes?  ja  nein

Welche Behandlung wurde durchgeführt? (Mandel-, Polypentf., Korrektur der Nasenscheidewand)

\_\_\_\_\_

(Vom Patienten bitte am PC oder in Druckschrift auszufüllen)

Fall-Nr. \_\_\_\_\_

f) Atmen Sie meistens durch den Mund?  ja  nein

Schlafen Sie mit offenem Mund ?  ja  nein

g) Haben Sie als Kind am Daumen o.ä. gelutscht? Wenn ja, bis zu welchem Alter ? \_\_\_\_\_  ja  nein

h) Besteht eine sonstige Angewohnheit wie Lippenbeißen, Nägelkauen, Zungenpressen ?  ja  nein

Wenn ja welche? \_\_\_\_\_

i) Haben oder hatten Sie regelmäßig Zahnfleischbluten?  ja  nein

j) Knirschen Sie mit den Zähnen?  ja  nein

Wenn ja wann?  tagsüber  nachts

k) Werden z.Z. Medikamente eingenommen? Falls ja, welche? \_\_\_\_\_  ja  nein

l) Existieren Röntgenaufnahmen der Kiefer oder der Zähne? Wenn ja, von wann? \_\_\_\_\_  ja  nein

m) Besteht zur Zeit eine Schwangerschaft?  ja  nein

n) Bestehen Kiefergelenksbeschwerden ?  ja  nein

o) Wann war der letzte Zahnarztbesuch? \_\_\_\_\_

p) Wie heißt der behandelnde Zahnarzt? \_\_\_\_\_

q) Von wem wurde Ihnen unsere Praxis empfohlen ? \_\_\_\_\_

Hiermit erkläre ich mich bereit, dass mit dem behandelnden Zahnarzt/Kieferchirurgen telefonisch oder schriftlich Kontakt zur Abstimmung der geplanten Behandlungsmaßnahmen aufgenommen wird

Ort, Datum: \_\_\_\_\_

(Unterschrift) \_\_\_\_\_