

Anmeldebogen

Herzlich willkommen bei Ihrem Fachzahnarzt für Kieferorthopädie Dr. Niklas Girmann. Wir möchten uns gerne für Sie Zeit nehmen und Sie umfassend beraten. Dazu benötigen wir neben Ihren Personalien, Auskünfte über den allgemeinen Gesundheitszustand. Ihre Angaben werden streng vertraulich behandelt. Sie unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Patient

Name: _____ Geb. Datum: _____

Vorname: _____ Tel.-Nr.: _____

Strasse, Nr.: _____ Tel. gesch.: _____

PLZ/Ort: _____ Mobil: _____

gesetzlicher Vertreter

Name: _____ Beruf: _____

Vorname: _____ Mobil: _____

Geb. Datum.: _____ E-Mail: _____

Weil wir gerne unsere Patienten per E-Mail 48 Stunden vorher an den Termin erinnern wollen, möchten wir Sie bitten, uns Ihre E-Mail Adresse mitzuteilen, an die die Terminerinnerung geschickt werden darf: _____

Name des Zahnarztes: _____ Ort: _____

Name des Hausarztes: _____ Ort: _____

Wir bitten Sie, Termine die Sie oder Ihr Kind nicht einhalten können, mindestens 24 Stunden vorher abzusagen, da wir sonst laut SSO den nicht wahrgenommenen Termin in Rechnung stellen müssen.

Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten bzw. die Daten des Patienten per EDV gespeichert werden und ggf. an eine Abrechnungsgesellschaft weitergeleitet werden.

Datum

Unterschrift

Bitte wenden!



Allgemeine Gesundheitsangaben

- Bestehen allgemeinmedizinische Erkrankungen (Herz, Leber, Niere, Blutgerinnungsstörungen, Asthma, Zuckerkrankheiten) oder Infektionskrankheiten (Hepatitis, Aids)? ja nein
Wenn ja, welche? _____
- Werden regelmässig Medikamente eingenommen? ja nein
Welche und wozu? _____
- Bestehen Allergien oder Unverträglichkeiten? ja nein
Welche? _____

Fragen zur Röntgenuntersuchung

- Wurde innerhalb der letzten 12 Monate im Kopf- / Kieferbereich geröntgt? ja nein
- Bei Frauen: Besteht derzeit eine Schwangerschaft? ja nein

Fragen aus kieferorthopädischen Gründen

- Wurde schon einmal kieferorthopädisch behandelt? ja nein
Bei welchem Arzt? _____
- Bestehen Kiefergelenksbeschwerden oder -knacken? ja nein
- Bestehen häufig Kopfschmerzen, Schmerzen im Gesichtsbereich oder beim Kauen? ja nein
Welche? _____
- Besteht oder bestand Zähneknirschen oder Zähnepressen? ja nein
Bis wann? _____
- Gab es Unfälle mit Beteiligung der Zähne und des Kiefers? ja nein
Wenn ja, welche? _____
- Waren Sie bereits in Behandlung eines Hals-Nasen-Ohrenarztes? Wenn ja, was wurde gemacht?
 Mandeln wurden entfernt Polypen wurden entfernt Sonstiges: _____
- Bestand oder besteht Zungenpressen, Lippenbeissen, Nägelkauen, Bleistiftkauen? ja nein
Bis wann? _____
- Waren oder sind Geschwister in kieferorthopädischer Behandlung? ja nein
- Gibt es Nichtanlagen von Zähnen in der Familie? ja nein
Welche und bei wem? _____
- Wann kamen die ersten Milchzähne? Vor dem 6. Mon. 6-8. Mon. nach dem 8. Mon.
- Besteht ein Sprachfehler (z.B. Lispeln) oder wurde bereits eine logopädische Behandlung durchgeführt? ja nein
Wenn ja, wann? _____
- Bestand oder besteht Daumenlutschen, Nägelkauen oder wurde/wird noch ein Schnuller genommen? ja nein
Wenn ja bis wann? _____