

Kieferorthopädische
Gemeinschaftspraxis

Dr. Katrin Held
Prof. Dr. Stefan Lossdörfer, MScLO

Arnhofener Str. 4 1/2
86447 Aindling
Tel (08237) 5360
Fax (08237) 959524
www.kfo-aindling.de
welcome@kfo-aindling.de

Anmeldung

Liebe(r) Patient(in), sehr geehrte Eltern!

Herzlich willkommen in unserer Praxis. Wir freuen uns, dass Sie heute zu uns gekommen sind und uns Ihre Zahngesundheit bzw. die Ihres Kindes anvertrauen wollen.

Im Interesse einer komplikationslosen Behandlung bitten wir Sie, diesen Fragebogen möglichst vollständig auszufüllen. Sämtliche Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Sollten Sie Fragen haben, helfen wir Ihnen gerne weiter.

Personalien

Patient: _____
Name Vorname Geburtsdatum

Anschrift: _____
Straße PLZ Ort

Telefon: _____

Krankenkasse: _____

Mitglied: _____
Name Vorname Geburtsdatum

Anschrift: _____
Straße PLZ Ort

Telefon: _____

Beruf: _____

Wer ist Ihr Zahnarzt? _____

Medizinische und zahnmedizinische Anamnese

Bestehen allgemein-medizinische Erkrankungen (z.B. Allergien, Tuberkulose, Diabetes, Herz-Erkrankungen, Epilepsie, Aids, Gelbsucht etc.)?

Ist der Patient zurzeit in ärztlicher Behandlung oder werden regelmäßig Medikamente eingenommen?

Lagen schon Operationen im Kiefer- und Gesichtsbereich vor oder sind Zähne bei einem Unfall beschädigt worden?

Was stört Sie an der jetzigen Stellung Ihrer Zähne?

Hat bereits eine kieferorthopädische Behandlung stattgefunden?
Wenn ja, wann? Bei wem?

Bestehen innerhalb der Familie Zahnfehlstellungen? Welche?

Wird oft durch den Mund geatmet oder ist die Nasenatmung behindert?

Besteht ein Sprachfehler oder erfolgte bereits eine logopädische Behandlung?

Wurden in den letzten 12 Monaten bei einem anderen Arzt, Zahnarzt, Kieferorthopäden oder im Krankenhaus Röntgenbilder angefertigt?

Besteht eine Schwangerschaft? _____

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

- Geschwister schon in Behandlung Freunde/Bekannte Hauszahnarzt
 Internet/Homepage Sonstiges: _____

Ich verpflichte mich, eintretende Änderungen während der gesamten Behandlungsdauer dem Kieferorthopäden mitzuteilen.

Ich habe die Datenschutzbestimmungen gelesen und erkläre mich damit einverstanden.

Datum: Unterschrift Erziehungsberechtigte(r): _____