

## Kieferorthopädischer Fragebogen

Patient: Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_  
Geb.-Datum: \_\_\_\_\_  
Versicherter: Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_  
Geb.-Datum: \_\_\_\_\_  
Anschrift: \_\_\_\_\_  
emailadresse: \_\_\_\_\_  
Telefonnummer: \_\_\_\_\_  
Beruf: \_\_\_\_\_  
Arbeitgeber: \_\_\_\_\_  
Krankenkasse: \_\_\_\_\_  
Empfohlen durch: \_\_\_\_\_

Für privat Versicherte Patienten: Sind Sie im Basistarif versichert?

Ja  Nein

Mit welchem Hauptanliegen suchen Sie unsere kieferorthopädische Sprechstunde auf?

- Schmerzen
- ich bin mit der Stellung meiner Zähne unzufrieden
- Überweisung vom Zahnarzt
- Kieferfehllage
- \_\_\_\_\_

Leiden Sie an Verspannungen im Kopf/Nackенbereich?

ja  nein

Knirschen Sie?

nachts  tagsüber  nein

Leiden Sie unter Schmerzen oder Knacken im Kiefergelenk?

ja  nein

Hatten Sie einen Unfall mit Beteiligung der Zähne/des Kiefers?

ja \_\_\_\_\_  nein

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

nein  wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Bestehen Allergien? z. B.  Latex/Gummi  Pollen/Gräser

Nickel  Chrom

keine Allergien  gegen Medikamente \_\_\_\_\_

Sonstige bekannte Erkrankungen? \_\_\_\_\_

Wurde andernorts eine kieferorthopädische Behandlung durchgeführt?

ja, wie lange \_\_\_\_\_  nein

wo? \_\_\_\_\_

Für Patientinnen: Besteht eine Schwangerschaft?  ja  nein

Wurden in den letzten 12 Monaten Röntgenaufnahmen angefertigt?

ja  nein

Bei wem sind Sie in zahnärztlicher Behandlung? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ort, Datum

Unterschrift