

Dr. Hagemeister & Kollegen Fachzahnärzte für Kieferorthopädie

Nachname

Vorname

Geb.datum

Straße, Nr.

PLZ, Ort

Krankenkasse

Zahnarzt

Telefon (Festnetz)

Mobiltelefon

Telefonnummer (dienstl.)

E-Mail Adresse

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)?

02. Sind in der Familie Nichtanlagen von Zähnen bekannt?
wenn ja, welche Zähne: _____

II. Patientenanamnese

01. Leiden oder litten Sie an einer der genannten Krankheiten?

- Asthma Heuschnupfen Rachitis Diabetes Hepatitis
 häufige Erkältungen Herz-/ Kreislaufkrankungen Epilepsie HIV
 Blutgerinnungsstörung Tuberkulose
 sonstige: _____

02. Leiden Sie an einer Allergie?

wenn ja, welche: _____

03. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

wenn ja, welche: _____

04. Leiden Sie an einer psychischen Erkrankung?

wenn ja, welche: _____

05. Atmen Sie normalerweise durch den

Mund und/ oder die Nase?

06. schnarchen knirschen pressen Sie?

seit wann: _____

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 wann: _____
<input type="checkbox"/> Rachenmandeln („Polypen“) wann: _____
<input type="checkbox"/> Parazentese (Röhrchen im Trommelfell) wann: _____
<input type="checkbox"/> Nasenscheidewand wann: _____
<input type="checkbox"/> sonstige: wann: _____ | | |
| 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: _____ | | |
| 10. Haben oder hatten Sie einen Sprachfehler? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| wenn ja, wann _____
wenn ja, welche Art von Störung: _____
wurde eine logopädische Behandlung (Sprachtherapie) durchgeführt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 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? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Welche Hobbys haben Sie? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| _____ | | |

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 oder 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: _____ | | |

Dresden, den

(Datum & Unterschrift)

IV. Datenschutz

- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 01. Ich bin damit einverstanden, dass Befunde und Röntgenbilder an meinen o.g. Zahnarzt weitergeleitet werden dürfen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 02. Ich bin damit einverstanden, dass Befunde und Röntgenbilder an Ihre weiteren Mitbehandler, wie z.B. Kieferchirurgen, Logopäden oder Physiotherapeuten weitergeleitet werden dürfen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 03. 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"/> |
| 04. 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!

Dresden, den

(Datum & Unterschrift)