

# 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? _____                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 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)