

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

herzlich willkommen in unserer kieferorthopädischen Praxis! Wir freuen uns, dass Sie uns gewählt haben und danken für Ihr Vertrauen.

Bitte füllen Sie den **Anmeldebogen** und den **Gesundheitsfragebogen** auf der Rückseite aus.

Bei der ersten Untersuchung werden die Mundfunktion, die Zungenfunktion, Atmung, die Zähne, die Knochenstruktur und das Gesichtsmuster untersucht.

▶ Familienname _____ Vorname _____
Geburtsdatum _____ Geburtsort _____
Strasse/Hausnummer _____
PLZ/Wohnort _____
(Vorwahl) Telefonnummer _____ E-Mail* _____

▶ Beruf* _____
Berufliche Tätigkeit zur Zeit* _____
Arbeitgeber* _____

▶ Versicherung _____
 pflichtversichert
 freiwillig versichert
 privat versichert

▶ Empfohlen von* _____
Zahnarzt _____

▶ Bitte wenden

* freiwillige Angabe

Was ist Ihr Anliegen? _____

	ja	nein
Wurde Ihnen die Vorstellung beim Kieferorthopäden vom Zahnarzt angeraten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Waren Sie schon einmal in kieferorthopädischer Behandlung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, wann? _____		
Wo? _____		
Wurden Sie schon einmal geröntgt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, im Kopfbereich?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wann? _____		
Leiden Sie an		
Herz- oder Kreislaufstörungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blutkrankheiten, bzw. haben Sie Schwierigkeiten mit langem Bluten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asthma, Heuschnupfen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nahrungsmittel- oder anderen Allergien?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche? _____		
gelegentlichen Hautreaktionen bei Modeschmuck/Nichtedelmetallen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nehmen Sie regelmässig Medikamente ein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche? _____		
Liegen Zuckerkrankheit oder andere Stoffwechselstörungen vor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wurden die Rachen- oder Gaumenmandeln bereits entfernt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Waren Sie während der letzten Jahre im Krankenhaus oder in ärztlicher Behandlung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, der Grund der Behandlung? _____		
Wurden Sie bereits operiert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche Operationen und wann? _____		
Für Patientinnen: Sind Sie schwanger?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben oder hatten Sie Gelbsucht oder eine andere schwere Infektionskrankheit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Name des behandelnden Hausarztes _____		

Datum _____ Unterschrift _____
 Wir bitten Sie, diesen Fragebogen sorgfältig auszufüllen!