

Pilz & Pilz

FACHZAHNÄRZTE FÜR
KIEFERORTHOPÄDIE

Patienten-Fragebogen

Herzlich willkommen in unserer Praxis!

Wir möchten uns mit Ihnen in Ruhe über Ihre kieferorthopädischen Wünsche unterhalten und Sie umfassend beraten. Dazu benötigen wir neben den Personalien ebenfalls Auskünfte über den allgemeinen Gesundheitszustand des Patienten. Ihre Angaben werden streng vertraulich behandelt. Sie unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Patient: Frau Herr

Name / Vorname: _____

Geburtsname: _____

Straße / Nr.: _____

PLZ / Ort: _____

Geburtsdatum: _____

Geburtsort: _____

Telefon privat: _____

Telefon geschäftlich: _____

Mobil: _____

E-Mail: _____

Beruf/ Arbeitgeber: _____

Krankenkasse/ Ort: _____

Erziehungsberechtigter: Frau Herr

Name / Vorname: _____

Straße: _____

PLZ / Ort: _____

Geburtsdatum: _____

Telefon privat: _____

Telefon geschäftlich: _____

Mobil: _____

Beruf/ Arbeitgeber: _____

Hauptversicherter: Frau Herr

Name / Vorname: _____

Geburtsname: _____

Straße / Nr.: _____

PLZ / Ort: _____

Geburtsdatum: _____

Telefon privat: _____

Telefon geschäftlich: _____

Mobil: _____

Beruf/ Arbeitgeber: _____

Wer ist erziehungsberechtigt? _____

Versicherungsstatus (bitte ankreuzen):

privat versichert

Beihilfe

Basistarif

vollversichert

gesetzlich versichert

pflichtversichert

freiwillig versichert

mit priv. Zusatzversicherung

Kostenerstattungsverfahren wurde gewählt

Rechnung bitte an:

Hauptversicherten

Erziehungsberechtigten

Sonstigen: _____

Name des Zahnarztes: _____

Name des Hausarztes: _____

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

Bekannte / Verwandte

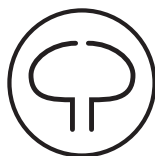
Werbung (Anzeige Tagespresse / Fachzeitschrift etc.)

Das Örtliche / Telefonbuch / Gelbe Seiten

Internet (Arzt- oder Gesundheitsportale etc.)

www.pilzundpilz.de

Sonstiges: _____



Pilz & Pilz

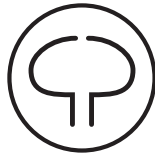
FACHZAHNÄRZTE FÜR
KIEFERORTHOPÄDIE

Allgemeine Anamnese

01. Bestehen allgemeinmedizinische Erkrankungen (Herz / Kreislauf, Asthma, Leber, Niere, Diabetes etc.)? ja nein
Wenn ja, welche? _____
02. Ist eine Endokarditis-Prophylaxe erforderlich? ja nein
03. Bestehen Infektionskrankheiten (Hepatitis, HIV / AIDS, Creutzfeldt-Jakob-Krankheit etc.)? ja nein
04. Werden regelmäßig Medikamente eingenommen? ja nein
Wenn ja, welche? _____
05. Bestehen Allergien oder Unverträglichkeiten (z.B. Nickel, Chrom, Pollen / Gräser, Latex / Gummi, Hausstaub, Medikamente etc.)? ja nein
Wenn ja, welche? _____
06. Bestehen häufig Erkältungen, Halsentzündungen, Mittelohrentzündungen? ja nein
07. Ist der Patient / die Patientin z. Zt. in ärztlicher Behandlung ? ja nein
Wenn ja, warum? _____
Wo? _____
08. Wurde eine Syndrom-Erkrankung festgestellt (z.B. Down-Syndrom, ADHS etc.)? ja nein
Wenn ja, welche? _____
09. Besteht eine Neigung zur Epilepsie? ja nein
10. Besteht zur Zeit eine Drogen- oder Alkoholabhängigkeit? ja nein
11. Ist der Patient/ die Patientin Raucher? ja nein
17. Wann war der letzte Termin beim Zahnarzt? _____
18. Bestehen Kiefergelenksbeschwerden? ja nein
19. Bestehen häufig Kopfschmerzen, Schmerzen im Gesichtsbereich oder beim Kauen? ja nein
20. Knirscht oder presst der Patient / die Patientin mit den Zähnen? ja nein
21. Wurden Milchzähne und /oder bleibende Zähne gezogen? ja nein
22. Gab es Unfälle mit Verletzungen an Kiefer und /oder Zähnen? ja nein
Wenn ja, welche? _____
23. Gab es Operationen im Mund- und / oder Kieferbereich? ja nein
Wenn ja, welche? _____
24. Besteht Mundatmung oder Schnarchen? ja nein
25. Bestehen Probleme bei der Nasenatmung? ja nein
26. Steht der Mund gewohnheitsmäßig offen? ja nein
27. Wurde bereits eine Behandlung bei einem Hals-Nasen-Ohrenarzt durchgeführt? ja nein
Wenn ja, was wurde therapiert?
 Mandeln wurden entfernt Polypen wurden entfernt
 Sonstiges: _____
28. Liegen Fehlgewohnheiten vor (Zungenpressen, Lippenbeißen, Nägelkauen, Bleistiftkauen etc.)? ja nein
Wenn ja, welche? _____
29. Besteht ein Sprachfehler (z.B. Lispeln etc.)? ja nein

Spezielle Anamnese

12. Fand bereits eine kieferorthopädische Beratung oder Behandlung statt? ja nein
Bei welchem Behandler? _____
13. Liegt bzw. lag bei anderen Familienmitgliedern ebenfalls eine Zahn- oder Kieferfehlstellung vor? ja nein
14. Hat der Patient / die Patientin Geschwister? ja nein
15. Wie häufig werden am Tag die Zähne geputzt? _____
16. Muss zum Zähneputzen ermuntert werden? ja nein
30. Wurde bereits eine logopädische Behandlung durchgeführt? ja nein
Wenn ja, wann? _____
31. Bis wann wurde ein Schnuller getragen? _____
32. Bis wann wurde am Daumen oder anderen Fingern gelutscht? _____
33. Spielt der Patient/ die Patientin ein Blasinstrument? ja nein
34. Betreibt der Patient/ die Patientin eine Kontaktsportart? ja nein



Pilz & Pilz

FACHZAHNÄRZTE FÜR
KIEFERORTHOPÄDIE

Fragen zur Röntgenuntersuchung

35. Wurde innerhalb der letzten 12 Monate im Kopf- oder Kieferbereich geröntgt? ja nein
Wenn ja, bei welchem Arzt? _____

38. Bei Frauen und Mädchen: Besteht derzeit eine Schwangerschaft? ja nein

36. Ist ein Röntgenpass vorhanden? ja nein

37. Ich bin damit einverstanden, dass während der kieferorthopädischen Therapie Röntgenaufnahmen erstellt werden. ja nein

Hinweis zur Röntgenuntersuchung

Durch unsere hochmoderne digitale Röntgentechnologie können wir Ihnen das strahlungsärmste Aufnahmeverfahren bieten, das für die kieferorthopädische Diagnostik möglich ist.

Allgemeine Hinweise

Wir bitten Sie, die vereinbarten Termine so exakt wie möglich einzuhalten, um Ihnen kürzeste Wartezeiten garantieren und Sie in Ruhe behandeln zu können. Melden Sie sich deswegen bitte rechtzeitig bei uns, wenn Sie einen Termin nicht wahrnehmen können. Sie sind einverstanden, dass Sie durch die Praxis Pilz&Pilz bei Bedarf schriftlich oder telefonisch kontaktiert werden.

Wir weisen darauf hin, dass unsere Patienten von Dr. Lena Pilz und Dr. Peter Pilz (Fachzahnärzte für Kieferorthopädie) betreut werden.

Sie sind einverstanden und darüber informiert, dass Ihre Daten, Behandlungs- und Röntgenunterlagen bzw. die Ihres Kindes zu Zwecken der Einschätzung oder der Übernahme der Behandlung an Gutachter, ärztliche oder zahnärztliche Kollegen, Mit- und Nachbehandler weitergegeben werden können. Bei Institutionen wie der Kassenzahnärztlichen Vereinigung, Ihrer Krankenkasse, der Zahnärztekammer oder privaten Abrechnungsstellen dürfen diese Unterlagen ebenfalls vorgelegt werden. Sie sind einverstanden, dass die Behandlungsunterlagen anonymisiert für Präsentations- oder wissenschaftliche Zwecke verwendet werden.

Bei Minderjährigen sollten beide Erziehungsberechtigten unterschreiben. Liegt die Unterschrift nur eines Erziehungsberechtigten vor, so versichert der Unterzeichnende zugleich, dass er im Einverständnis mit dem anderen Erziehungsberechtigten handelt oder das alleinige Sorgerecht hat.

Ich bestätige hiermit die Richtigkeit der oben genannten Angaben. Einen Wohnort- oder Kassenwechsel oder sonstige Änderungen bzgl. der oben gestellten Fragen werde ich sofort bekannt geben.

Ort, Datum und Unterschrift des Patienten / der Patientin bzw. der Erziehungsberechtigten bei Minderjährigen