

Fragebogen

vor Einleitung einer kieferorthopädischen Behandlung

Name des/r Patienten/in	Vorname	Geburtsdatum
PLZ/Wohnort	Straße	
Telefon privat	Telefon dienstlich	Telefax
Krankenkasse	<input type="checkbox"/> (pflichtversichert)	<input type="checkbox"/> (freiwillig)
	<input type="checkbox"/> privat	
Geschäftsstelle		
Zahnarzt		
Warum möchten Sie eine kieferorthopädische Behandlung durchführen?		

Leiden Sie an einer der folgenden Krankheiten?

<input type="checkbox"/> HIV + (AIDS)	<input type="checkbox"/> Hepatitis	<input type="checkbox"/> Diabetes
<input type="checkbox"/> Rheuma	<input type="checkbox"/> Asthma	<input type="checkbox"/> Nervenerkrankung
<input type="checkbox"/> Magen-Darm-Erkrankung	<input type="checkbox"/> Allgemeine Gelenkerkrankung	
<input type="checkbox"/> Allergien: _____		
<input type="checkbox"/> Sonstige Erkrankungen: _____		

Hat Ihre Zahnärztin/Ihr Zahnarzt Sie überwiesen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Haben Sie die Zahn/Kieferfehlstellung selbst bemerkt?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Gibt es in Ihrer Familie Zahn/Kieferfehlstellungen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Hat bereits eine kieferorthopädische Behandlung stattgefunden?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Waren Sie mit dem Behandlungsergebnis zufrieden?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Sind ein- oder mehrere Zähne schmerzhaft?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Sind das Kauen oder die Mundöffnung behindert?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Bestehen Beschwerden/ Schmerzen an den Kiefergelenken?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Treten Kiefergelenksgeräusche (z.B. Knacken) auf?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Blutet das Zahnfleisch manchmal beim Zähneputzen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Liegen Störungen der Nasenatmung vor?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Sind die Mandeln/Polypen entfernt worden?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Befinden Sie sich in ärztlicher/zahnärztlicher Behandlung?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Waren Sie in den letzten 6 Monaten beim Zahnarzt?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Sind innerhalb der letzten 6 Monate Röntgenaufnahmen gemacht worden?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Bitte beachten Sie die Rückseite

Lieber Patient,
herzlich willkommen.

Wir möchten Ihnen eine bestmögliche medizinische Behandlung bieten. Deshalb bitten wir Sie diesen Gesundheitsfragebogen auszufüllen. Ihre Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Selbstverständlich beachten wir die neue DSGVO.

Herzlichen Dank für Ihre
Mithilfe!

Dr. med. dent.
Birgit Zimprich
Dr. med. dent.
Wolfgang Zimprich

Kollwitzstraße 8
73728 Esslingen
Fon 0711 355491
Fax 0711 355492

praxis@dr-zimprich.de
www.dr-zimprich.de

Fragebogen

vor Einleitung einer kieferorthopädischen Behandlung

Name des/r Patienten/in

Vorname

Gibt oder gab es Angewohnheiten wie Finger-, Daumen- oder Schnullerlutschen? ja nein

Wie lange? _____

Jahre

Werden regelmäßig Medikamente eingenommen? ja nein

Wecher Art?

Gab es Verletzungen bzw. Unfälle? ja nein

Wecher Art?

Treten häufig Kopfschmerzen auf? ja nein

Besteht eine Schwangerschaft? ja nein

Gibt es irgendwelche zusätzlichen Informationen, die für uns wichtig sein könnten?

Bestehen Beschwerden bzw. Schmerzen am Kopf, am Nacken, an den Schläfen oder im Kiefergelenk- oder Ohrbereich? ja nein

Wenn „Ja“ bitte in Skizze einzeichnen:



Datum / Unterschrift

Seite 2

Aus Gründen des
Daten- und
Persönlichkeitsschutzes
sind Foto-, Video- und
Tonaufnahmen in unserer
Praxis nicht gestattet!

Dr. med. dent.
Birgit Zimprich

Dr. med. dent.
Wolfgang Zimprich

Kollwitzstraße 8
73728 Esslingen

Fon 0711 355491
Fax 0711 355492

praxis@dr-zimprich.de
www.dr-zimprich.de