

# Fragebogen

vor Einleitung einer kieferorthopädischen Behandlung

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

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: _____ |                                                      |                                           |

|                                                                                    |                             |                               |
|------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Haben Sie sich innerhalb der letzten zwei Jahre kieferorthopädisch beraten lassen? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 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 |

Bitte beachten Sie die Rückseite

Lieber Patient, liebe Eltern,  
herzlich willkommen.

Wir möchten Ihnen bzw. Ihrem Kind 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!

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  
praxis@dr-zimprich.de

www.dr-zimprich.de

# Fragebogen

vor Einleitung einer kieferorthopädischen Behandlung

Name des/r Patienten/in

Vorname

Sind innerhalb der letzten 6 Monate Röntgenaufnahmen gemacht worden?

☐ ja

☐ nein

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?

---

---

---

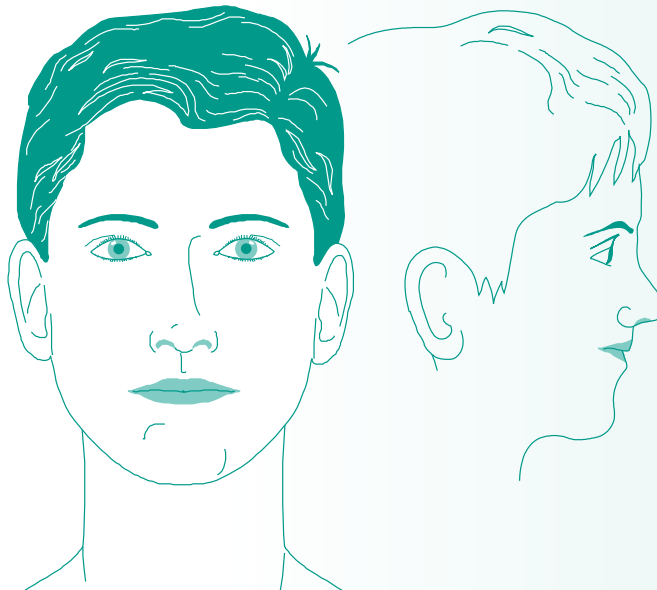
---

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

Dr. med. dent.  
**Birgit Zimprich**

Dr. med. dent.  
**Wolfgang Zimprich**

Kollwitzstraße 8  
73728 Esslingen

Fon 0711 355491  
praxis@dr-zimprich.de

www.dr-zimprich.de