

DR. MED. DENT. TAMARA SCHULZ
Fachärztin für Kieferorthopädie

Herzlich Willkommen in unserer Praxis!

Name:	_____	Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungs-
Vorname:	_____	mitglied sind, wer ist Versicherter?
Geburtsdatum/-ort:	_____	Name: _____
Adresse:	_____	Vorname: _____
	_____	Geburtsdatum: _____
Tel. Privat:	_____	
Beruf:	_____	Wer soll die Rechnung erhalten?
Arbeitgeber, Ort:	_____	Name: _____
	_____	Adresse: _____
Tel. Arbeitsplatz:	_____	
Krankenkasse:	_____	Sind Sie Beihilfeberechtigter des öffentlichen
pflichtversichert:	ja / nein	Dienstes? ja / nein

Wer ist Ihr Zahnarzt? _____

Wurden Sie von Ihrem Zahnarzt zu uns empfohlen? ja / nein

Was stört Sie an Ihren Zahn-/ Kieferfehlstellungen am meisten? _____

Hatten Sie eine ernstere Erkrankung oder besteht diese noch? nein / oder wenn ja bitte ankreuzen

Rachitis	ja / nein
Blutgerinnungsstörungen	ja / nein
Haben Sie eine Herz-/Kreislaufkrankung	ja / nein
Sind Sie HIV positiv?	ja / nein
Haben Sie Hepatitis C?	ja / nein
Haben Sie Diabetes?	ja / nein
Liegt bei Ihnen eine Schilddrüsenerkrankung vor?	ja / nein
Haben Sie Asthma?	ja / nein
Werden Medikamente eingenommen? Welche?	_____

Reagieren Sie allergisch (z.B. Nickel, Heuschnupfen)? nein / ja gegen _____

Atmen Sie nachts durch den Mund? ja / nein

Knirschen oder pressen Sie mit den Zähnen? ja / nein

Haben Sie Verspannungen der Kau-oder Gesichtsmuskulatur? ja / nein

Haben Sie häufig Kopfschmerzen? ja / nein

Hatten oder haben Sie Beschwerden am Kiefergelenk? ja / nein

Haben Sie Probleme mit dem Gehör (z.B. Entzündungen, Ohrgeräusche) ja/ nein

Haben Sie Wirbelsäulen- oder Halswirbelsäulenbeschwerden? ja / nein

Waren Sie bereits in kieferorthopädischer Behandlung? nein / ja von _____ bis _____

Wurden in letzter Zeit Röntgenaufnahmen der Zähne oder Kiefer angefertigt? nein/ wenn ja, wann? _____

Bei Frauen: Besteht eine Schwangerschaft? ja / nein

Ich bestätige, vorstehende Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht zu haben.

Wiesbaden, den _____