

## Willkommen in der kieferorthopädischen Fachpraxis Dr. Boor

**Patienten** Name, Vorname \_\_\_\_\_ geb. am \_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer \_\_\_\_\_ PLZ, Ort \_\_\_\_\_

Festnetz \_\_\_\_\_ Mobil \_\_\_\_\_

E-Mail für Schriftwechsel \_\_\_\_\_

Rechnungsadresse (falls abweichend) \_\_\_\_\_ PLZ, Ort \_\_\_\_\_

Beruf \_\_\_\_\_

Privat versichert bei \_\_\_\_\_  beihilfeberechtigt

Gesetzlich versichert bei \_\_\_\_\_  zusatzversichert

**Versichert über** (Name, Vorname) \_\_\_\_\_ Mobil \_\_\_\_\_

Beruf \_\_\_\_\_

Anschrift (falls abweichend) \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

Zahnarzt \_\_\_\_\_

Wie wurden Sie auf uns aufmerksam? \_\_\_\_\_

### Liegt eine der folgenden Erkrankungen vor?

Herz-Kreislauf  Blut/Infektionskrankheit  Diabetes  Allergien? \_\_\_\_\_

Epilepsie  Rheuma  Asthma  ADS/ADHS

sonstige Erkrankungen (Psychische Belastung, Physiotherapie) \_\_\_\_\_

Welche Medikamente nehmen Sie ein? \_\_\_\_\_

Gab es schon eine kieferorthopädische Behandlung oder Beratung?  Ja  Nein

Wenn ja, wann und wo? \_\_\_\_\_

Gibt es in der Familie ähnliche Zahn- oder Kieferfehlstellungen?  Ja  Nein

Wurde bei einem Unfall jemals Zähne oder der Kiefer verletzt?  Ja  Nein

Wenn ja, wann und welche? \_\_\_\_\_

Gibt es Sprechfehler?  Ja  Nein

Logopädische Therapie?  Ja  Nein

Wird am Daumen /Schnuller/ Stiften etc. gelutscht?  Ja  Nein

Wird gelegentlich an den Fingernägeln gekaut?  Ja  Nein

Liegt eine erschwerte Nasenatmung oder Mundatmung vor?  Ja  Nein

Wurde bereits ein HNO-Arzt aufgesucht? Wurden Mandeln oder Polypen entfernt?  Ja  Nein

Wird mit den Zähnen geknirscht oder gepresst?  Ja  Nein

Bestehen Beschwerden am Kiefergelenk, der Kaumuskulatur oder häufig Kopfschmerzen?  Ja  Nein

Bestehen häufig Verspannungen im Nacken/ in der Halswirbelsäule?  Ja  Nein

Wurden dieses oder letztes Jahr Röntgenaufnahmen im Kopf/Halsbereich angefertigt?  Ja  Nein

Wenn ja, wann und wo? \_\_\_\_\_

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass im Rahmen der kieferorthopädischen Behandlung notwendige Röntgenuntersuchungen durchgeführt, kieferorthopädische Befunde bei Kollegen eingeholt und erhobene Befunde mitbehandelnden Ärzten übermittelt werden dürfen. Terminerinnerungen werden - wenn möglich - per SMS versendet.

Neuss, den \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_