

Beratungskarte Erwachsene



die kieferorthopäden
Dr. Birgit Rossochowitz & Matthias Wilhelm

Willkommen in unserer Praxis!

Dieser Fragebogen ist eine wichtige Information für uns als Kieferorthopäden. Er verbleibt vertraulich in Ihrer Kartei. Bitte beantworten Sie die nachstehenden Fragen in Ihrem Interesse.

Name, Vorname		Geburtsdatum	
Straße und Haus-Nr.		Telefon / Mobil	
PLZ und Ort		E-Mail	
Beruf / Arbeitgeber		Telefon dienstlich	
Krankenkasse / Versicherung			beihilfeberechtigt? ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>
Behandelnder Zahnarzt		Wer hat uns empfohlen?	

Waren / sind Sie erkrankt an:

- Herz-Kreislauferkrankungen
- Asthma
- Kopf- oder Gesichtsunfall
- Arthritis
- Aids

- Lebererkrankungen
- Frühere Operationen
- Epilepsie
- HIV positiv
- Andere Krankheiten / welche? _____

Leiden Sie unter Allergien ja nein

Wenn ja, auf welche Stoffe reagieren Sie allergisch?

- Latex / Gummi?
- Medikamente?
- Lebensmittel?
- Anderes? _____



- Atmen Sie durch den Mund? nie selten manchmal immer
- Schnarchen Sie beim Schlafen? ja nein manchmal
- Haben Sie häufig Erkältungen? ja nein
- Haben Sie häufig eine verstopfte Nase? ja nein
- Haben Sie Kau- oder Schluckbeschwerden? ja nein
- Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? ja nein
- Wenn ja, welche?
-

Waren Sie schon einmal in Behandlung eines Hals-Nasen-Ohrenarztes? ja nein

Behandlungsjahr? _____

Behandelnder Arzt? _____

Welche Behandlung wurde dort durchgeführt?

z. B. Mandeln entfernt? Polypen entfernt? Nasenscheidewand korrigiert? Sonstiges

Wurden im letzten Jahr Röntgenaufnahmen im Mundbereich angefertigt? ja nein

Haben Sie

- Schwierigkeiten beim Öffnen des Mundes? ja nein
- Schmerzen beim Kauen oder weitem Öffnen des Mundes? ja nein
- Schmerzen in den Ohren oder Wangen? ja nein
- Ist das Zusammenbeißen unangenehm? ja nein
- Geräusche im Kiefergelenk? ja nein

Folgende Gewohnheiten sind für die kieferorthopädische Behandlung von Interesse:

- Lippensaugen ja nein
- Zähneknirschen oder Zähnepressen ja nein
- Zungenpressen oder andere Probleme ja nein
- Nägelkauen / Stiftekaugen ja nein

Wurden Sie bereits kieferorthopädisch beraten oder behandelt? ja nein

Behandlungsjahr _____

Name des Behandlers _____

Stört Sie etwas an Ihren Zähnen? ja nein

Wenn ja, was: _____

Ort, Datum

Unterschrift der Patientin / des Patienten