



DR GABRIELE CRULL

KIEFERORTHOPÄDIE VAIHINGEN

Wir freuen uns sehr, **Sie in unserer Praxis willkommen** heißen zu dürfen.

Im Interesse Ihrer individuellen Beratung oder der Ihres Kindes und einer erfolgreichen Behandlung benötigen wir eine möglichst vollständige medizinische Vorgeschichte. Bei Unklarheiten helfen wir Ihnen gern beim Ausfüllen. Selbstverständlich unterliegen diese Daten der ärztlichen Schweigepflicht.

Patient

Name (evtl. mit Titel): _____ Vorname: _____

Geb.-Datum: _____

PLZ: _____

Wohnort: _____

Straße: _____

Hausnummer: _____

Telefon: _____

Mobil: _____

Fax: _____

E-Mail: _____

Familienstand: ledig verheiratet

getrennt / geschieden verwitwet

Beruf: _____

Arbeitgeber: _____

Schulform: _____

Klassenstufe: _____

Zahnarzt: _____

Hausarzt: _____

Name der Krankenversicherung: _____

Zusatzversicherung für Kieferorthopädie: ja nein

Beihilfeberechtigung: ja nein

selbst versichert: ja nein

Versicherter

Name (evtl. mit Titel): _____ Vorname: _____

Geb.-Datum: _____

abweichender Wohnort: _____

abweichende Telefonnummer: _____

Familienstand: ledig verheiratet getrennt / geschieden verwitwet

Beruf: _____ Arbeitgeber: _____

Rechnungsempfänger

Name und Anschrift: _____

Bei Terminänderung informieren Sie mich über folgendes Medium: _____

Ich wünsche:

- ausführliche Beratung durch den Arzt und möchte aktiv in den Behandlungsablauf einbezogen werden
- möglichst wenige Informationen und bitte den Arzt, nach bestem Wissen allein zu entscheiden

Patientenname: _____

Ist der Patient bei guter Gesundheit? ja nein

Welche Erkrankungen oder Besonderheiten hat der Patient bzw. welche Organe sind betroffen?

- ja nein schwierige Geburt (Frühgeburt / Zangengeburt / Glocke / Kaiserschnitt)
- ja nein Lungenerkrankungen (Bronchitis, Asthma, Tuberkulose, sonstige)
- ja nein Ohrenerkrankungen
- ja nein Erkrankungen des Nervensystems / Epilepsie
- ja nein Creutzfeldt-Jakob-Krankheit / neue Variante der Creutzfeldt-Jakob-Krankheit
- ja nein Neigung zu Schwindelanfällen / Ohnmacht
- ja nein Herz-Kreislaufkrankungen / Herzschrittmacher
- ja nein Anämie
- ja nein Blutgerinnungsstörungen (Marcumar, Bluter)
- ja nein Leberschäden oder Nierenerkrankungen
- ja nein Darmerkrankungen (oft Durchfall / Verstopfung, Salmonellen-Dauerausscheider, Ernährungsstörung)
- ja nein endokrine Erkrankungen (z. B. Schilddrüse)
- ja nein Rheuma
- ja nein Gicht
- ja nein Diabetes
- ja nein hohe Antibiotikagaben in der Vergangenheit
- ja nein Träger resistenter Keime (z.B. MRSA)
- ja nein durchgemachte oder bestehende Infektionen (Hepatitis, Aids)
- ja nein Beschädigtenausweis
- ja nein Augenerkrankungen / Brille
- ja nein Knochenveränderungen / Wachstumsstörungen / Osteoporose / Knochentumore / Bisphosphonattherapie

- ja nein psychische Auffälligkeiten (Ticks, Ängste, Bettnässen, Selbstverletzungen, sonstiges)
- ja nein ADHS / ADS
- ja nein Schnarchen
- ja nein Rauchen
- ja nein Sucht oder Abhängigkeit von _____
- ja nein Allergien / Unverträglichkeiten Welche? _____
- ja nein Schockzustände
- ja nein Sprachprobleme / erfolgte Logopädie
- ja nein Angewohnheiten (Fingerlutschen, Schnuller, Nägelkauen, Fläschchen nach dem 1. Lebensjahr, Knirschen, Lippenbeißen, sonstiges) Wie lange? _____

- ja nein Gaumenmandelentfernung / Rachenmandelentfernung
- ja nein weitere Operationen Wann? Was? _____
- ja nein andere, nicht abgefragte Besonderheiten oder Erkrankungen

- ja nein häufige Schmerzen Wo? _____
- ja nein Unfälle / Verletzungen im Gesicht Wann? Wie? _____
durch Sturz o. ä. _____

- ja nein Zahnbeschädigung / Zahnverlust Welche Zähne? _____
- ja nein Narben im Gesicht Wo? _____

Patientenname: _____

Welche ist die bevorzugte Schlafhaltung?

Rückenlage, Seitenlage, Bauchlage

Welche Medikamente o. Drogen nimmt der Patient ein?

Wurden Familienmitglieder oder der Patient bereits kieferorthopädisch beraten oder behandelt?

Wann? Wo? _____

Sind Wurzelverkürzungen innerhalb der Familie bekannt?

ja

nein

Sind Zahnfleischerkrankungen / -rückgang bekannt?

ja

nein

Ansteckende oder risikoreiche Erkrankungen innerhalb der Familie (Gelbsucht, Schwindsucht, Blutungsneigung,

Aids, Darmerkrankungen, genetische Erkrankungen...)

ja

nein

Wann ausgeheilt? _____

Welches Musikinstrument spielt der Patient?

Welche Sportart betreibt der Patient?

Worauf sollen wir bei Ihnen / Ihrem Kind besonders achten?

Für Kinder und Jugendliche

Geschwister und Position in der Geschwisterreihe?

Wann kamen die ersten Milchzähne?

Wann kamen die ersten bleibenden Zähne?

Mädchen: Wann begann die Menstruation?

Jungen: Wann begann der Stimmbruch?

Größe: _____

Gewicht: _____

Für Frauen

Besteht eine Schwangerschaft?

ja

nein

Welcher Monat? _____

Erklärung: Die Fragen zu meinem Gesundheitszustand bzw. dem meines Kindes habe ich wahrheitsgemäß und vollständig beantwortet. **Sollten Änderungen eintreten, werde ich die Praxis vor der nächsten Behandlung darüber informieren.**

Ich bin für den Fall einer Praxisübergabe oder Vertretung ausdrücklich damit einverstanden, meine Patienten- und Behandlungsunterlagen bzw. die meines Kindes dem neuen Behandler zu überlassen. Mein Recht auf freie Arztwahl ist dadurch nicht eingeschränkt.

Datum: _____

Unterschrift: _____