

KIEFERORTHOPÄDISCHER FRAGEBOGEN

BITTE ZUTREFFENDES ANKREUZEN

Nachname des Patienten _____ Vorname _____ geb. am _____

Nachname des Versicherten _____ Vorname _____ geb. am _____

Adresse: _____

Tel. privat _____ Mobil _____

E-Mail _____ Tel. Arbeitsstelle _____

Krankenkasse und Geschäftsstelle _____

Haben Sie eine Zusatzversicherung für kieferorthopädische Leistungen? ☐ ja/nein ☐

Sind Sie selbstständig, beihilfeberechtigt oder verfügen Sie über ein Einkommen, so dass Ihre gesetzliche Krankenkasse Ihnen den Status eines freiwillig Versicherten zuerkennen muss? ☐ ja/nein ☐

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

☐ Zahnarzt ☐ Freunde/Bekannte ☐ Internet ☐ sonstiges: _____

ja nein

☐ ☐ 1. Sind Sie derzeit in ärztlicher Behandlung? Wenn ja, weswegen?

☐ ☐ 2. Nehmen Sie derzeit irgendwelche Medikamente regelmäßig ein? Wenn ja, welche?

☐ ☐ 3. Ist jemals eine ungewöhnliche Reaktion auf ein Medikament aufgetreten? Wenn ja, auf welches? _____

☐ ☐ 4. Besteht eine Allergie gegen irgendetwas? Wenn ja, gegen was?

☐ ☐ 5. Bestehen irgendwelche anderen medizinischen Probleme, von denen ich wissen sollte? Beschreiben Sie!

☐ ☐ 6. Waren Sie wegen einer der folgenden Krankheiten in ärztlicher Behandlung?
Zutreffendes bitte unterstreichen!
Diabetes, rheumatisches Fieber, Schuppenflechte, Heuschnupfen, Asthma, Herz-,
Kreislauf- oder Lungenerkrankungen, Leber- oder Nierenerkrankungen,
Blutgerinnungsstörungen, Epilepsie
Name, Adresse und Telefonnummer des behandelnden Arztes:

☐ ☐ 7. Leiden Sie an einer Krankheit (z.B. Hepatitis), die auf dem Blutweg übertragen werden kann? Wenn ja, welche?

☐ ☐ 8. Tragen Sie Kontaktlinsen?

ja nein

☐☐

9. Wurden Ihre Rachen- und Gaumenmandeln entfernt? Wenn ja, Wann?

☐☐

10. Haben Sie häufig Kopfschmerzen oder Beschwerden im Verlauf der Wirbelsäule evtl. ausstrahlend bis in den Beckenbereich oder die Beine?

An welcher Stelle? _____

Wie häufig? _____

☐☐

11. Treten bei Ihnen öfters oder regelmäßig Knack- oder Reibgeräusche in den Kiefergelenken auf?

☐☐

12. Treten Schmerzen im Kiefer- Gesichtsbereich, vor den Ohren oder in den Gelenken beim Kauen auf?

☐☐

13. Haben Sie schon einmal ein vorübergehendes oder länger andauerndes Gefühl einer Einschränkung der Mundöffnung und der Unterkieferbeweglichkeit gehabt?

☐☐

14. Hatten Sie jemals einen Unfall mit Verletzungen in Zahn-, Kiefer-, Kopf- oder Nackenbereich? (Schleudertrauma usw.)

☐☐

15. Knirschen Sie mit den Zähnen?

☐☐

16. Hat Sie jemand aus Ihrer Nähe jemals darauf aufmerksam gemacht, dass Sie nachts mit den Zähnen knirschen?

☐☐

17. Wurden Sie innerhalb der letzten 12 Monate geröntgt? Wenn ja, weswegen?

☐☐

18. Frauen: Besteht zur Zeit eine Schwangerschaft?

☐☐

19. Waren Sie schon mal in kieferorthopädischer Behandlung? Wenn ja, wo?

_____ von _____ bis _____

20. Wie lange liegt der letzte Zahnarztbesuch zurück? _____ Monate

Name, Adresse und Telefonnummer des Zahnarztes:

21. Wie oft putzen Sie täglich die Zähne?

☐☐

22. Benutzen Sie täglich Zahnseide?

☐☐

23. Benutzen Sie als zusätzliche Mundhygienemaßnahme regelmäßig eine Munddusche?

☐☐

24. Werden bei Ihnen regelmäßig professionelle Zahnreinigungen in Ihrer Zahnarztpraxis durchgeführt?

☐☐

25. Spielen Sie ein Blasinstrument?

☐☐

26. Üben Sie eine der folgenden Sportarten aus?

Kampfsport, Hockey/Eishockey, Basketball, Handball _____

Ort, Datum _____ Unterschrift _____