



### Patientendaten

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Geburtsort: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_ PLZ: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

Telefon (tagsüber): \_\_\_\_\_ Handy: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Beihilfe:  ja  nein Basistarif:  ja  nein Zusatzversicherung:  ja  nein

Zahnarzt des Patienten: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

Bei Kindern bzw. wenn Sie nicht selber versichert sind, wer ist Versicherter? \_\_\_\_\_

Name der **Mutter** bzw. der Erziehungsberechtigten, Vorname \_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer \_\_\_\_\_

PLZ, Ort \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_

Telefon privat \_\_\_\_\_ Telefon mobil \_\_\_\_\_

Name des **Vaters** bzw. des Erziehungsberechtigten, Vorname \_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer \_\_\_\_\_

PLZ, Ort \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_

Telefon privat \_\_\_\_\_ Telefon mobil \_\_\_\_\_

### Uns interessiert auch, wie Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden sind

von Bekannten empfohlen, Name: \_\_\_\_\_

Telefon/Branchenbuch

Zeitungsanzeige/Annonce

vom Hauszahnarzt/Dr. \_\_\_\_\_ direkt empfohlen

vom Hauszahnarzt/Dr. \_\_\_\_\_ überwiesen

Internet über die Seite [www.schwerbrock.de](http://www.schwerbrock.de) \_\_\_\_\_

Social Media (Instagram, Facebook, Youtube, Googlebewertungen o.ä.) \_\_\_\_\_

Sonstiges: \_\_\_\_\_

Falls wir empfohlen wurden, hatten Sie im Vorfeld die Gelegenheit, sich unsere Internetauftritte anzusehen?

ja  nein

### Was ist der Anlass Ihres Besuches?

- O Ästhetische Gründe
- O Schmerzen beim Essen
- O Kiefergelenksschmerzen etc.

### **Zahnmedizinische Anamnese:**

- Wurde der Patient schon einmal kieferorthopädisch **beraten**?  ja  nein
- Wenn ja, wo? \_\_\_\_\_ wann? \_\_\_\_\_
- Wurde der Patient schon einmal kieferorthopädisch **behandelt**?  ja  nein
- Wenn ja, wo?: \_\_\_\_\_ von: \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_
- Waren oder sind **Geschwister** in kieferorthopädischer. Behandlung?  ja  nein
- Hat einer der Eltern bzw. deren Geschwister eine Zahnfehlstellung?  ja  nein
- Lagen schon irgendwelche **Mund- oder Kieferoperationen** vor bzw. ereigneten sich **Unfälle** unter Beteiligung der Mund- bzw. Gesichtsregion?  ja  nein
- Wenn ja, welcher Art? \_\_\_\_\_ wann? \_\_\_\_\_
- Hat der Patient Beschwerden beim Essen?  ja  nein
- Wenn ja, seit: \_\_\_\_\_
- Leidet der Patient unter **Kopfschmerzen**?  ja  nein
- Wenn ja, seit: \_\_\_\_\_
- Knirscht** der Patient mit den Zähnen?  ja  nein
- Beobachtet der Patient im Kiefergelenksbereich bei weiter Mundöffnung oder beim Essen **Knack- bzw. Reibegeräusche**?  ja  nein

### **Medizinische Anamnese:**

- Hat der Patient im Moment Husten, Fieber, **Schnupfen** oder Halsschmerzen?  ja  nein
- Hatte der Patient in den letzten zwei Wochen Kontakt mit einer Person, bei der eine Infektion mit dem **Coronavirus** bestätigt ist?  ja  nein
- Hat sich der Patient in den letzten zwei Wochen in einem internationalen **Risikogebiet** oder in einem besonders betroffenen Gebiet in Deutschland aufgehalten?  ja  nein
- Befindet sich der Patient zur Zeit in **ärztlicher Behandlung**?  ja  nein
- Wenn ja, weshalb? \_\_\_\_\_ bei wem ? \_\_\_\_\_
- Werden regelmäßig **Medikamente** (z.B. Nitrolingual, Cortisonpräparate, Immunsuppressiva etc.) eingenommen?  ja  nein
- Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_
- Leidet der Patient an der **Creutzfeld-Jakob-Krankheit** oder ist diese familiär bekannt?  ja  nein
- Bestehen **chronische Erkrankungen**?  ja  nein

Wenn ja, welcher Art? \_\_\_\_\_

Bestehen irgendwelche **schwerwiegenden Krankheiten**?  ja  nein

Wenn ja, **bitte nachfolgend unterstreichen bzw. nennen** (z.B. Rachitis;  
Diabetes (Zuckerkrankheit); Tuberkulose; Asthma; Epilepsie; Herzfehler;  
Hepatitis A, B, C; Allergien; Aids, Gelbsucht, erhöhte Blutungsneigung  
blaue Flecken; sonstige Krankheiten: \_\_\_\_\_

Besteht Verdacht auf eine **HIV-Infektion**?  ja  nein

Wurden bereits **Rachen- bzw. Gaumenmandeln** entfernt?  ja; Jahr: \_\_\_\_\_  nein

**Gemäß § 28/1 der Röntgenverordnung bitte folgende Fragen beantworten:**

Wurde der Patient schon einmal geröntgt?  ja  nein

Wenn ja, geschah dies innerhalb der letzten 12 Monate?  ja  nein

Wenn ja, bei welchem Kollegen / Institut / Krankenhaus? \_\_\_\_\_

Besteht zur Zeit eine Schwangerschaft?  ja  nein

Wann war der Patient zuletzt beim Zahnarzt? \_\_\_\_\_

**Gewohnheiten bei Kindern/Jugendlichen:**

Verwendet der Patient noch einen Schnuller?  ja  nein

Beißt sich der Patient auf die Unterlippe?  ja  nein

Kaut der Patient auf Fingernägel/oder auf Stifte?  ja  nein

Atmet der Patient mehrheitlich durch den Mund?  ja  nein

Hat der Patient ein Lutschhabit?  ja  nein

Beißt sich der Patient auf die Zunge?  ja  nein

Wird (wurde) beim Patienten ein Sprachfehler beobachtet?  ja  nein

Spielt der Patient ein Blasinstrument?  ja  nein

**Falls in den letzten 12 Monaten eine röntgenologische Gesamtzahnübersichtsaufnahme (OPG) erstellt wurde, so bringen Sie diese bitte zur Erstberatung mit.**

Ich bin damit einverstanden, dass mein Hauszahnarzt einen Befundbericht erhält.  ja  nein

Der Patient bzw. sein gesetzlicher Vertreter verpflichten sich, Herrn Dr. Schwerbrock, Änderungen hinsichtlich o.g. Fragen (z.B. zwischenzeitliches Röntgen, auftretende Allergien, Erkrankungen, Wohnortwechsel etc.) unverzüglich bekanntzugeben.

Neuburg, den \_\_\_\_\_

Unterschrift des Patienten oder des gesetzlichen Vertreters \_\_\_\_\_