



## Fachzahnarzt für Kieferorthopädie

Dr. Tim Schröder AG – Mühlebühl 4 – 9100 Herisau

Kieferorthopädie für Kinder und Erwachsene – unsichtbare Zahnspangen – Kiefergelenkbehandlung  
Manuelle Funktionsanalyse – kieferorthopädische Spezialbehandlungen

**Bringen Sie bitte dieses Formular ausgefüllt und unterschrieben zu Ihrem Erstberatungstermin mit!**

*Herzlich willkommen in unserer Praxis!*

Bevor wir uns in Ruhe über Ihre kieferorthopädischen Wünsche oder Sorgen unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine umfassende und risikofreie Behandlung. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Ihr Praxisteam Dr. Tim Schröder

 **Patientin/ Patient**

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ geb. \_\_\_\_\_

**Versichert bei:  
Versicherungs Nummer:**

\_\_\_\_\_

**Gesetzlicher Vertreter:**

\_\_\_\_\_


**Adresse:**

Straße \_\_\_\_\_ Nr. \_\_\_\_\_ Tel. Nr. \_\_\_\_\_

PLZ \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_ Natel Nr.: \_\_\_\_\_

 **Wir wünschen eine Beratung in der Praxis Dr. Schröder.**

 Herisau, den .....

 \_\_\_\_\_  
Unterschrift des Patienten bzw. eines gesetzlichen Vertreters

# Aufnahmebogen

## Patient:

Wer ist der behandelnde Zahnarzt?

Von wem wurde Ihnen meine Praxis empfohlen?

### Medikamente

Welche Medikamente nehmen Sie/ nimmt Ihr Kind regelmäßig ein?

### Allergien

Gegen welche Materialien oder Medikamente besteht bei Ihnen/ bei Ihrem Kind der Verdacht einer Überempfindlichkeit?

	ja	nein
Besitzen Sie/besitzt Ihr Kind einen Allergiepaß?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>vegetative Erkrankungen</b>		
Hatten Sie/ Ihr Kind schon Ohnmachtsanfälle?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Erkrankungen des Nervensystems</b>		
Leiden Sie/ Ihr Kind unter epileptoformen Anfällen oder Krämpfen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Bluterkrankungen</b>		
Liegt eine Blutungsneigung vor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Infektionskrankheiten</b>		
Hatten Sie/ Ihr Kind Leberentzündungen/Gelbsucht (Hepatitis B/C)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tuberkulose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wurde bei Ihnen/ Ihrem Kind ein Aidsstest durchgeführt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja mit welchem Ergebnis?		
<b>Röntgen</b>		
Wurden Sie/ wurde Ihr Kind in den letzten 12 Monaten im Kopf-Kiefer-Zahnbereich geröntgt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, bei welchem Arzt, welche Aufnahmen?		
<b>Andere Erkrankungen</b>		
Bestehen oder bestanden andere Erkrankungen?		
Wenn ja, welche?		
<b>Schwangerschaft</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, in welchem Monat?		

### Weitere wichtige Informationen zur Behandlungsplanung

Wurden Sie/ Ihr Kind schon von einem Kieferorthopäden untersucht/ beraten?

Wurde schon eine kieferorthopädische Behandlung durchgeführt?

Wenn ja, bei welchem Arzt, welche Therapie?

Spielen Sie/ spielt Ihr Kind ein Blasinstrument?

Wurden durch einen Unfall Zähne oder Kiefer verletzt?

Wenn ja, bitte genauere Angaben

Bestehen Kiefergelenkschmerzen?

Besteht Kiefergelenkknacken?

Wurden Erkrankungen der Wirbelsäule oder des Bewegungsapparates festgestellt?

Wenn ja, bei welchem Arzt, welche Therapie?

Gibt es in der Verwandtschaft Gebißunregelmäßigkeiten?

Bestehen Einschränkungen in der Nasenatmung?

Wurden die Mandeln entfernt?

Wurden Polypen entfernt?

Schlafen Sie/ schläft Ihr Kind mit offenem Mund?

Häufige Erkrankungen der Atemwege, Husten, Erkältungen?

Sind Sie/ ist Ihr Kind in Behandlung bei einem Hals-Nasen-Ohrenarzt?

Wenn ja, bei welchem Arzt, welche Therapie?

Bestehen Sprachprobleme?

Sind Sie/ ist Ihr Kind in logopädischer Behandlung?

Wenn ja, bei welchem Logopäden, welche Therapie?

Besteht Daumen-/ Fingerlutschen?

Besteht Nagel-/ Lippenbeißen?

Mit meiner Unterschrift erteile ich Ihnen mein Einverständnis, für die Rechnungsstellung, das Inkasso und die Buchführung notwendigen Daten an die von uns hierfür beauftragten Personen und Institutionen weiterzuleiten.

Ich bestätige hiermit, ein Kosteninfoblatt vor der durchgeführten Erstberatung erhalten zu haben

**Vielen Dank für Ihre Mithilfe! Bitte teilen Sie uns sofort Änderungen der obigen Angaben mit.**

**Wichtig: Wir machen keine Karieskontrollen. Wenden Sie sich dafür weiterhin an Ihren Hauszahnarzt!**

Herisau, den

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Patienten bzw. eines gesetzlichen Vertreters