

Informationen zum Patienten

Name: _____ Vorname: _____ Geburtstag: _____

Name des Zahnarztes: _____

Wann war der letzte Zahnarztbesuch? _____

Ich bin mit einem Bericht für den Hauszahnarzt einverstanden.	Ja	Nein
---------------------------------------------------------------	----	------

War der Patient schon einmal in kieferorthopädischer Behandlung?	Ja	Nein
------------------------------------------------------------------	----	------

Waren oder sind Geschwister/Eltern in kieferorthopädischer Behandlung?	Ja	Nein
------------------------------------------------------------------------	----	------

Hat der Patient Beschwerden beim Kauen?	Ja	Nein
-----------------------------------------	----	------

Bestehen Kiefergelenksbeschwerden?	Ja	Nein
------------------------------------	----	------

Knirscht der Patient mit den Zähnen?	Ja	Nein
--------------------------------------	----	------

Ist der Patient zurzeit in ärztlicher Behandlung?	Ja	Nein
---------------------------------------------------	----	------

Wenn ja, seit wann, weshalb und wo: _____

Nimmt der Patient regelmäßig Medikamente ein?	Ja	Nein
-----------------------------------------------	----	------

Wenn ja, welche? _____

Besteht eine der folgenden Erkrankungen?	Ja	Nein
------------------------------------------	----	------

Herzkreislauferkrankung, Bluthochdruck, Herzfehler, Magen-Darm-Erkrankung, Asthma, Tuberkulose, Diabetes, Epilepsie, Rachitis, Allergie, HIV-Infektion, Hepatitis, ansteckende Erkrankungen, MRSA, Bluterkrankung/erhöhte Blutungsneigung, Rheuma, Schilddrüsenerkrankung, Sonstiges?

Wenn ja, welche? _____

Lagen Unfälle oder Operationen im Kopfbereich/Zähnen vor?	Ja	Nein
-----------------------------------------------------------	----	------

Wenn ja, welche? _____

Sind die Mandeln bereits entfernt worden?	Ja	Nein
-------------------------------------------	----	------

Sind Polypen bereits entfernt worden?	Ja	Nein
---------------------------------------	----	------

Kann der Patient gut durch die Nase atmen?	Ja	Nein
--------------------------------------------	----	------

Atmet der Patient hauptsächlich durch den Mund?	Ja	Nein
-------------------------------------------------	----	------

Bestehen oder bestanden folgende Angewohnheiten?	Ja	Nein
--------------------------------------------------	----	------

Schnuller, Lutschen an Fingern oder Gegenständen, Lippenbeißen, Zungenbeißen, Zungenpressen, Nägelkauen?

Wenn ja, welche? _____

Liegt ein Sprachfehler vor?	Ja	Nein
-----------------------------	----	------

War der Patient schon einmal beim Logopäden?	Ja	Nein
----------------------------------------------	----	------

Köln, den _____ Unterschrift: _____