

„Wir begrüßen Sie sehr herzlich in unserer Praxis“

Name, Vorname des Patienten	Geburtsdatum	Alter	Beruf oder besuchte Schule		
PLZ, Wohnort, Straße		Telefon / Handy			
Krankenkasse		E-Mail (Briefverkehr per E-Mail falls erwünscht)			
Wie sind Sie versichert?	Pflicht	Freiwillig	Beihilfe	Privat	Zusatzversicherung
Ihr Zahnarzt + Anschrift:					
Überwiesen, empfohlen durch:					
(Nur bei Kindern und Jugendlichen Patienten ausfüllen)					
Name, Vorname des Versicherten (Rechnungsadresse)		Geburtsdatum	Alter		
PLZ, Wohnort, Straße		Telefon / Handy			
Beruf/beschäftigt bei		E-Mail (Briefverkehr per E-Mail falls erwünscht)			

**Unsere modernen digitalen Röntgengeräte gewährleisten die geringste Strahlendosis von allen derzeit auf dem Markt befindlichen Röntgengeräten.**

Wurde der Patient innerhalb der letzten 12 Monate im Kopfbereich geröntgt?	Ja	Nein
Besteht zurzeit eine Schwangerschaft?	Ja	Nein
War der Patient schon einmal in kieferorthopädischer Behandlung / Beratung?	Ja	Nein
Wenn ja, wo	seit wann	
Waren oder sind Geschwister in kieferorthopädischer Behandlung?	Ja	Nein
Hat eines der Elternteile eine Zahnfehlstellung?	Ja	Nein
Hat der Patient besondere Angewohnheiten (Daumenlutschen, Nägelkauen, Lispeln...)	Ja	Nein
Hat der Patient häufig Erkältungskrankheiten?	Ja	Nein
Wurden die Mandeln/Polypen schon operiert?	Ja	Nein
Wenn ja, wann		
Rauchen Sie?	Ja	Nein
Wann war der letzte Zahnarztbesuch?		
Lagen schon irgendwelche Mund- oder Kieferoperationen bzw. Unfälle vor?	Ja	Nein
Wenn ja, wann	weshalb	
Bestehen irgendwelche schwerwiegende Krankheiten? (Rachitis, Diabetes, Tuberkulose, Asthma, Epilepsie, Herzfehler, HIV, Hepatitis)	Ja	Nein
Wenn ja, welche		
Ist der Patient zurzeit in ärztlicher Behandlung?	Ja	Nein
Wenn ja, weshalb	weshalb	

Wir arbeiten mit einem der modernsten EDV-Planungssysteme und können Ihnen so kurze Wartezeiten garantieren. Wir möchten Sie aber darauf hinweisen, dass Sie diesen Service nur dann perfekt nutzen können, wenn Sie die Termine einhalten, bzw. rechtzeitig vorher umbuchen. Für unentschuldig versäumte Termine erlauben wir uns evtl. eine Ausfallgebühr für den Termin zu berechnen.

**Datenschutzrechtliche Einwilligung:** Hiermit stimme ich der notwendigen Speicherung meiner personenbezogenen Daten/der meines Kindes zu. Ich bin darüber informiert, dass ich meine Zustimmung jederzeit schriftlich mit Brief an die Praxis widerrufen kann (Art. 7 Abs. 3 DSGVO).

**Schweigepflichtentbindung:** Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass dem o.g. Hauszahnarzt bzw. überweisenden/weiterbehandelnden Arzt etc. Befunde, Röntgenbilder, Arztbriefe übermittelt werden bzw. dort Unterlagen angefordert werden dürfen. Gegenüber Angehörigen oder gesetzlichen Betreuern ist die Praxis von der Schweigepflicht entbunden. Ich versichere mit meiner Unterschrift den Text verstanden zu haben und die Korrektheit meiner Angaben. Vielen Dank für Ihre Mithilfe. Bitte teilen Sie uns sofort Änderungen der obigen Daten mit.

(Datum)

(Unterschrift, Patient ab dem 18. Lebensjahr oder gesetzlicher Vertreter)

**Folgendes bitte nicht ausfüllen!**

**Hauptgrund für KFO:**

01K, Spezielle kieferorthopädische Untersuchung am

Bleibende Zähne

Milchzähne

Milchzähne

Bleibende Zähne

8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8

Extraoral:	neutral	distal	mesial	offen	tief
Intraoral:	Frenulum OK	Zungenband			
Kieferbasen:	mesial	neutral	distal		
Dentoalveolär:	I	II	Pb	III	Pb
Dentitionsstadium:	Milchgebiss	1. Phase	Ruhephase	2. Phase	bleibend
Habits:	Zunge	Sprache	Fingernägel	Mundatmung	Daumen
	sonst.:				
MuHy:	gut	mittel	schlecht		
sagittale Stufe:		mm			
vertikale Stufe:		mm			
KIG-Einstufung:					

**Erstdiagnostik:**

- Foto (frontal-rechts-links)
- OPG (falls nicht vorhanden ab ca. 5./6. Lebensjahr med. ind.)

**Sonstige Auffälligkeiten (CMD Kurzbefund):**

**To do:**

- Kigout Mitteilung
- Arztbrief
- Recall:
- AD:

**Voraussichtliche Geräte:**

- Herausnehmbar
- MB
- andere Geräte wie GNE, 2by4, Delaire usw.
- Invisalign