



Dr. Nadja Grättinger • Kieferorthopädie • Hauptstraße 8b • 82319 Starnberg

Anmeldebogen

Sehr geehrter Patient,

herzlich willkommen in der kieferorthopädischen Fachpraxis Dr. Nadja Grättinger!
Bitte füllen Sie das Anmeldeformular vollständig aus und bringen es zu Ihrem Erstberatungstermin mit. Wir freuen uns auf Ihren Besuch!

Patient

Name: _____
Vorname: _____
Geburtsdatum: _____

Straße, Nr.: _____
PLZ, Ort: _____
Telefon: _____
Mobil: _____
E-Mail: _____

Versicherter

Name: _____
Vorname: _____
Geburtsdatum: _____
Arbeitgeber: _____
Beruf: _____
Telefon geschäftlich: _____
Mobil: _____
E-Mail: _____

Ehegatte/ Ehegattin

Name: _____
Vorname: _____
Telefon: _____
Arbeitgeber: _____
Beruf: _____
Telefon geschäftlich: _____
I: _____
E-Mail: _____

Versicherung

Krankenkasse (Name, Ort) : _____

Gesetzlich versichert
Freiwillig versichert
Privat vollversichert

Basistarif einer privaten Versicherung
Zusatzversicherung für Kieferorthopädie
Beihilfe

Überweiser

Name des Zahnarztes: _____
Name des Kinderarztes: _____
Überwiesen / empfohlen von: _____

Was führt Sie in unsere kieferorthopädische Sprechstunde?

Ästhetik , Schmerz , Überweisung , Sonstiges _____

Allgemein- und Familienanamnese

- Wurde früher schon einmal eine kieferorthopädische Behandlung durchgeführt? Ja Nein
Wenn ja bei wem? Dr. _____ in _____
- Gab es in der Familie bereits Gebissunregelmäßigkeiten? Ja Nein
Vater , Mutter , Geschwister , Großeltern
- Waren oder sind Geschwister in kieferorthopädischer Behandlung? Ja Nein
- Sind in der Großfamilie Nichtanlagen von bleibenden Zähnen bekannt? Ja Nein
Wenn ja, welche Zähne? _____

Bitte Rückseite beachten!



Medizinische Anamnese

- Bestehen / bestanden allgemeinmedizinische Krankheiten? Ja Nein
 (z.B. Diabetes, Rachitis, Tuberkulose, Asthma, Epilepsie, Herzkrankheiten, Neurodermitis, Gelbsucht, Blutungsneigung, Aids, sonstige Krankheiten)
 Wenn ja, welche? _____
- Bestehen Allergien oder Unverträglichkeiten? Ja Nein
 Wenn ja, wogegen? _____
- Ist der Patient derzeit in ärztlicher Behandlung? Ja Nein
- Werden regelmäßig Medikamente eingenommen? Ja Nein
 Wenn ja, welche und wozu? _____
- Wurden Gaumen- /Rachenmandeln oder Polypen operiert? Ja Nein
- **Gab es einen Unfall mit Auswirkungen auf den Mund- Kiefer- Gesichtsbereich?** Ja Nein
 Wenn ja, wann? _____
- Kann der Patient mit geschlossenem Mund schlafen? Ja Nein
- Besteht häufig eine Erkältung oder Schnarchen? Ja Nein
- Besteht oder bestand ein Sprachfehler (z.B. Lispeln) oder wurde eine logopädische Behandlung durchgeführt? Ja Nein
 Wenn ja, wann? _____

Zahnärztliche Anamnese

- Wie lange liegt der letzte Zahnarztbesuch zurück? _____
- Erfolgte eine kieferorthopädische Beratung andernorts? Ja Nein
 Wenn ja bei wem/ wo? Dr. _____ in _____
- Wann kamen die ersten Milchzähne? vor dem 6. Monat , nach dem 8. Monat
- Wurde Fluorid-Kariesprophylaxe betrieben? Ja Nein
- Bestehen oder bestanden Beschwerden beim Kauen? Ja Nein
- Bestehen oder bestanden Kiefergelenksbeschwerden? Ja Nein
 Wenn ja, welcher Art? Schmerzen , Knacken , Sonstiges _____
- Besteht oder bestand Zähneknirschen? Ja Nein
- Bestehen häufig Kopfschmerzen oder Schmerzen im Gesichtsbereich? Ja Nein

Röntgen

- Wurden die Zähne schon einmal geröntgt? Ja Nein
 Wenn ja, war das innerhalb der letzten 12 Monate? Ja Nein
 Wenn ja, bei welchem Arzt, Zahnarzt, Kieferorthopäden? _____
- Bei Frauen: Besteht zurzeit eine Schwangerschaft? Ja Nein
- Wurde Ihnen schon ein Röntgenpass ausgestellt? Ja Nein

Gewohnheiten

- Hat der Patient Daumen gelutscht, Schnuller getragen oder Gewohnheiten wie Nägelkauen, Lippenbeißen, Zungenpressen? Ja Nein
 Wenn ja, was und wie lange? _____

Starnberg, den _____
 Datum

 Unterschrift Versicherter

 Datum

 (Bei getrennt lebenden Eltern und beidseitigem Sorgerecht bitte Unterschrift von beiden Elternteilen)

Alle Angaben werden streng vertraulich behandelt und unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht gemäß §203 des StGB sowie den strengen Bestimmung der Datenschutzgrundverordnung (DSGVO).