



smile4U

KIEFERORTHOPÄDIE GIESSEN

Dr. med. dent. Caroline Schmalstieg
Fachärztin für Kieferorthopädie

Ludwigstr. 29 • 35390 Gießen • fon 0641-9 74 44-0
info@perfect-smile4u.de • perfect-smile4u.de

Pat. Nr.: _____

Herzlich willkommen in unserer Praxis!

Bevor wir uns in Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, bitten wir Sie diesen Fragebogen auszufüllen. Die Beantwortung der Fragen hilft uns, Ihre Behandlung sicherer zu machen und Ihren Wünschen und Vorstellungen noch mehr entgegen zu kommen. Wenn Sie bereits einen Anamnesebogen für uns ausgefüllt haben, beantworten Sie die Fragen bitte nochmals, da sich Kontakt- und Gesundheitsdaten mitunter ändern.

Vielen Dank!

Patient:

Name: _____	Vorname: _____
Geburtsdatum: _____	
Straße: _____	Hausnr.: _____
PLZ: _____	Ort: _____
Festnetz: _____	Mobil: _____
E-Mail 1: _____	E-Mail 2: _____
Beruf: _____	Arbeitg.: _____
Tel. dienstlich: _____	

Zahnarzt: _____

Hausarzt: _____

Überwiesen von: _____

Welche Versicherungsform besteht?

- privat versichert
- Basistarif der Privatversicherung
- Beihilfeberechtigt
- Freiwillig versichert in der gesetzlichen Versicherung
- Zusatzversicherung zur gesetzlichen Versicherung

Krankenkasse/Geschäftsstelle:

Ist Ihr Kind mit dem Vater oder der Mutter versichert?
Dann bitte nachfolgend entsprechend ausfüllen.

Versicherte/r:

Vater Mutter

Name: _____	Vorname: _____
Geburtsdatum: _____	
Straße: _____	Hausnr.: _____
PLZ: _____	Ort: _____
Festnetz: _____	Mobil: _____
E-Mail 1: _____	E-Mail 2: _____
Beruf: _____	Arbeitg.: _____
Tel. dienstlich: _____	

Rechnungsadresse: (Name, Vorname, Straße, Hausnr., PLZ, Ort)

Wer hat Sie uns empfohlen?

Zahnarzt, Hausarzt, HNO-Arzt, Logopäde, Kinderarzt, Bekannte, Patienten, Internet, Telefonbuch
(bitte mit Namen eintragen)

Gemäß der Röntgenverordnung bitten wir Sie, folgende Fragen zu beantworten:

- Wurden Sie schon einmal geröntgt?** Ja Nein
Wenn „Ja“, war das innerhalb der letzten 12 Monate? Ja Nein
Wenn „Ja“, bei welchem Arzt, Zahnarzt, Krankenhaus?
-

Was wurde geröntgt?

- Zähne
 Kiefer
 Kopf
 Sonstiges

Wenn „Sonstiges“, bitte angeben:

- Haben Sie einen Röntgenpass?** Ja Nein
Besteht zur Zeit eine Schwangerschaft? Ja Nein
Wenn „Ja“, welcher Monat? _____

**Sollten sich Änderungen der obigen Angaben ergeben, teilen Sie uns diese bitte umgehend mit.
Wir hoffen, dass Sie sich in unserer Praxis wohl fühlen und stehen Ihnen bei Fragen gern zur Verfügung.**

Fragen zur allgemeinen Krankengeschichte

Wie lange liegt der letzte Zahnarztbesuch zurück? _____

- War der Patient bereits in kieferorthopädischer Behandlung?** Ja Nein

Wenn „Ja“, wo und wann?:

- Wurden Unterlagen erstellt? Ja Nein
 Waren oder sind Geschwister in kieferorthopädischer Behandlung? Ja Nein
 Hat eines der Elternteile eine Zahnfehlstellung? Ja Nein
 Hat der Patient/die Patientin Beschwerden beim Kauen? Ja Nein

Gewohnheiten:

- Mundatmung Ja Nein
 Knirschen Ja Nein
 Lutschen Ja Nein
 Nasenatmung Ja Nein
 Zungenpressen Ja Nein
 Sprachfehler Ja Nein
 Schnarchen Ja Nein
 Lippenbeißen Ja Nein
 Schnuller Ja Nein
 Nägelkauen Ja Nein

Leiden Sie/Ihr Kind unter seelischen Störungen? Ja Nein

Wurden Mandeln oder Polypen entfernt?

Mandeln Polypen

Ist der Patient/die Patientin zur Zeit in ärztlicher Behandlung?

Werden regelmäßig Medikamente eingenommen? Ja Nein

Wenn „Ja“, welche?:

Bestehen schwerwiegende Krankheiten? Ja Nein

Wenn „Ja“, bitte ankreuzen:

- Rachitis
- Diabetes (Zuckerkrankheit)
- Tuberkulose (TBC)
- Asthma
- Epilepsie
- Herzfehler / Herzkrankheit
- Krämpfe
- Allergien
- Ekzem
- HIV (Aids)
- Hepatitis (Gelbsucht, Leberentzündung)
- Hämophilie (Blutungsneigung)
- Rheumatische Erkrankungen
- Schilddrüse
- Penicilin-Überempfindlichkeit
- Andere

Wenn „Andere“, welche?:

Lagen bereits Mund- oder Kieferoperationen bzw. Unfälle vor?

Wenn „Ja“, wann und was?:

Wird ein Musikinstrument gespielt?

Wenn „Ja“, welches?:

Werden Sportarten betrieben?

Wenn „Ja“, welche?:

Körpergröße

des Patienten / der Patientin: _____

Körpergröße Vater: _____

Körpergröße Mutter: _____

Fragen zur Zahnpflege:

Wann werden die Zähne gepflegt?:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> vor dem Frühstück | <input type="checkbox"/> nach dem Frühstück |
| <input type="checkbox"/> vor dem Mittagessen | <input type="checkbox"/> nach dem Mittagessen |
| <input type="checkbox"/> vor dem Abendessen | <input type="checkbox"/> nach dem Abendessen |
| <input type="checkbox"/> vor Zwischenmahlzeiten | <input type="checkbox"/> nach Zwischenmahlzeiten |

Die regelmäßige Zahnpflege erfolgt mit: Ja Nein

- Zahnbürste
 Zahnseide
 Munddusche
 Interdentalbürste

Wenn „elektrische Zahnbürste“, welches Fabrikat?: _____**Fragen zum Kausystem und den Kiefergelenken**

Haben Sie/Ihr Kind Beschwerden im Bereich der Kiefergelenke?

Haben Sie/Ihr Kind Beschwerden im Bereich der Kaumuskulatur?

Leiden Sie/Ihr Kind unter Kopfschmerzen?

Wurde bei Ihnen/Ihrem Kind bereits eine Funktionstherapie durchgeführt?

Wenn „Ja“, welcher Art?:

Hatten Sie/Ihr Kind Unfälle mit Zahnbeteiligung? Ja Nein
Wenn „Ja“, wann, welche Zähne defekt/verloren:

Erlitten Sie/Ihr Kind einen Unfall/Schlag im Kopf-Halsbereich? Ja Nein

Haben Sie/Ihr Kind Schmerzen, Beschwerden oder Verspannungen? Ja Nein

Wenn „Ja“, in welchem Bereich?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> linke Kopfseite | <input type="checkbox"/> rechte Kopfseite |
| <input type="checkbox"/> linke Schläfe | <input type="checkbox"/> rechte Schläfe |
| <input type="checkbox"/> linkes Ohr/Kiefergelenk | <input type="checkbox"/> rechtes Ohr/Kiefergelenk |
| <input type="checkbox"/> linke Seite Nacken | <input type="checkbox"/> rechte Seite Nacken |
| <input type="checkbox"/> linke Schulter | <input type="checkbox"/> rechte Schulter |

Andere Beschwerden (z. B. Wirbelsäule, andere Gelenke)?**Wenn „Ja“, wo?** _____

Ist oder sind eine oder mehrere der folgenden Bewegungen behindert oder schmerzhaft?

 Ja Nein**Wenn „Ja“, welche?:**

- Kauen Mundöffnung Kieferschluss Unterkieferbewegung

Auf welcher Seite kauen Sie bevorzugt?

- links rechts beidseitig

Machen Ihre Kiefergelenke Geräusche?**Wenn „Ja“:**

- links rechts beidseitig Seit wann?: _____

Sind Zähne oder Zahnfleisch schmerzhaft oder schmerzempfindlich? Ja Nein**Passen die Zähne richtig aufeinander?** Ja Nein**Liegt bei ihnen/Ihrem Kind ein Taubheitsgefühl im****Kopf-/Gesichtsbereich (auch Zungen-/Gaumenbrennen) vor?** Ja Nein

Ihre Qualitätserwartungen an die kieferorthopädische Behandlung

Mit den folgenden Fragen möchten wir Ihre Erwartungen an unsere Behandlung erfahren. Durch Ihre Antworten sind wir in der Lage, die für Sie optimale Behandlung zu planen. So können wir auf Ihre individuellen Schwerpunkte und Ihre persönlichen Wünsche besser eingehen. Und Sie können sicher sein, dass Sie immer die richtige Behandlung erhalten.

Wie sehr achten Sie auf die Zahnstellung und den Mund, wenn Sie andere lachen sehen?

nie selten öfter immer

Wie wichtig ist es Ihnen, gut und beschwerdefrei kauen zu können?

unwichtig mäßig wichtig wichtig sehr wichtig absolut wichtig

Wie hoch schätzen Sie den Wert und die Wirkung eines schönen Lächelns auf Ihre Mitmenschen ein?

geringer Wert mäßiger Wert wertvoll hoher Wert sehr hoher Wert

Wie wichtig wäre es Ihnen, eine individuelle und für Sie optimale Lösung zu finden?

unwichtig mäßig wichtig wichtig sehr wichtig absolut wichtig

Wieviel Wert legen Sie auf eine umfassende – auch bildliche – Information über geplante Behandlungsmaßnahmen und eine intensive Aufklärung?

geringer Wert mäßiger Wert wertvoll hoher Wert sehr hoher Wert

Wie stark achten Sie/Ihr Kind auf das Gefühl im Mund und wünschen daher grazile, angenehm zu tragende Behandlungsgeräte?

nie selten öfter stark sehr stark

Wie schätzen Sie die Motivation Ihres Kindes ein, für gesunde Zähne und ein schönes Lächeln „Zahnsparren“ zu tragen?

sehr gering gering mittel hoch sehr hoch

Haben Sie / Ihr Kind besondere Wünsche bezüglich der zur Anwendung kommenden Behandlungsgeräte bzw. Therapiemethoden?

Besonders bei festen Zahnsparren (Multiband, Multibracket-Therapie) ist die intensive Zahnpflege von entscheidender Bedeutung! Wie wichtig ist es Ihnen, die Zähne während der kieferorthopädischen Behandlung optimal schützen und professionell pflegen zu lassen?

unwichtig mäßig wichtig wichtig sehr wichtig absolut wichtig

Wie sicher möchten Sie sein, dass das gute Ergebnis einer kieferorthopädischen Behandlung lange stabil bleibt?

nicht so sicher mäßig sicher sicher sehr sicher absolut sicher

Was stört Ihr Sie/Ihr Kind bei der Zahnfehlstellung am meisten?

Was ist Ihr Hauptanliegen an uns?

Ort, Datum

Unterschrift des volljährigen Patienten oder des gesetzlichen Vertreters bei Minderjährigkeit

Noch eine letzte Frage:



Wie haben Sie zu uns gefunden?

Internetsuche

Jameda

Empfehlung durch Freunde / ehemalige Patientinnen und Patienten

Zeitungswerbung

Werbung auf dem Firmenfahrzeug

Anderes:

Vielen Dank für die Beantwortung des Anamnesebogens!

Bitte drucken Sie die Datei aus und bringen Sie das Formular ausgefüllt und unterschrieben zu Ihrem Termin mit. Sollten Sie keinen Drucker besitzen, so senden Sie uns die ausgefüllte Datei bitte zurück an: info@perfect-smile4u.de und bitte fügen Sie in die Betreff-Zeile Ihren vollen Namen ein. Bei Ihrem Besuch drucken wir diesen zur Unterschrift für Sie aus.