

Dr. Kathrin Endlich
Fachzahnärztin für Kieferorthopädie
C.-T.-Hünlich-Str. 2
02681 Wilthen



Patientenaufnahmebogen

Patientenname: _____ geb.: _____
 Adresse: _____ Tel.: _____
 Versicherter: _____ geb.: _____
 Beruf des Versicherten: _____
 Arbeitgeber des Versicherten: _____
 Rechnungsträger: _____
 Krankenversicherung: _____

Um für die Behandlung die geeigneten Behandlungsverfahren auswählen zu können,
erbitte ich die Beantwortung der folgenden Fragen:
 (Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht)

	ja	nein	Bitte ergänzende Angaben eintragen.
Behandelnder Zahnarzt			
Wer hat Sie überwiesen?			
Wurde der Patient früher kieferorthopädisch beraten oder behandelt?			
Sind Geschwister in kieferorthopädischer Behandlung?			
Treten oder traten in der Familie ähnliche Zahnstellungen auf? (frühere Behandlung)			
Ist der Patient im letzten Jahr im Kopf-Bereich geröntgt worden?			
Ist die Nasenatmung behindert?			
Ist der Patient Mundatmer?			
Gewohnheiten (Lutschen, Lippenbeißen, Knirschen...)			
Wurden Mandeln und/oder Polypen entfernt -wenn ja wann?			
Allergien (welche)			
Anfallsleiden (Epilepsie)			
Andere Erkrankungen bzw. Unfälle?			
Nimmt der Patient Medikamente? (welche)			
Ist in der Familie oder beim Patienten eine Infektion bekannt (Hepatitis, Aids, multiresistente Keime ...)?			
Wird die Individualprophylaxe durchgeführt?			

Unterschrift der Eltern, des Elternteils als gesetzlicher Vertreter und Haftende:

Datum:

Unterschrift: