

Kieferorthopädische Anamnese für Erwachsene

Name: Vorname:
Geburtsdatum: Geschlecht: weiblich männlich
Strasse, Nr: PLZ / Ort:
Tel. Mobil: Tel. Privat:
E-Mail: Tel. Geschäft:
Allg.-Zahnarzt: Praxis in:
Überweisung: von selbst durch Allg.-Zahnarzt empfohlen von
Werden Sie Sozialbeiträge für die Behandlung beantragen? Nein Ja,

Ich wünsche Informationen über die Behandlungsmöglichkeiten zur:

Korrektur meiner Kieferfehlstellung:
 Verbesserung des Profilverlaufs:
 Korrektur meiner Zahnfehlstellung:
 sonstiges:

Bitte haben Sie Verständnis, dass in der 1. Sitzung noch nicht definitiv über die Behandlungsmöglichkeiten und Kosten informiert werden kann. Durch spätere Unterlagen (Gipsmodelle, Röntgenbilder) und durch die detaillierte Planung können sich noch Änderungen ergeben, die dann in einer separaten Sitzung mit Ihnen besprochen werden.

Allgemein- und zahnmedizinische Fragen

Haben/hatten Sie eine ernsthafte Erkrankung? Nein Ja,
Waren Sie in letzter Zeit in ärztlicher Behandlung? Nein Ja,
Nehmen Sie regelmässig Medikamente? Nein Ja,
Bestehen Allergien (z.B. Medikamente, Latex, Spritzen)? Nein Ja,
Unfälle/Operationen im Kopfbereich? Nein Ja,
Probleme mit den Kiefergelenken? Nein Ja,
Probleme mit der Nasenatmung? Nein Ja,
Schnarchen Sie in der Nacht? Nein Ja,
Mussten schon Zähne gezogen werden? Nein Ja,
Sind zahnmedizinische Behandlungen geplant? Nein Ja,
Frühere kieferorthopädische Behandlungen? Nein Ja,
Bestehen Biss- oder Zahnfehlstellungen in Ihrer Familie? Nein Ja,
Sonstige Bemerkungen:

Einschätzung Ihrer Behandlungsbereitschaft

Können Sie sich vorstellen eine sichtbare, fixe Spange zu tragen? ja vielleicht nein, auf keinen Fall
(ist z.B. nötig um einen Tiefbiss zu behandeln)
Würden Sie, falls nötig, eine kieferchirurgische Operation durchführen lassen? ja vielleicht nein, auf keinen Fall
(nur nötig falls grössere Kieferfehlstellungs- oder Profilkorrekturen geplant sind)

Ich erteile mein Einverständnis, dass Daten für die Rechnungsstellung und das Inkasso an die hierfür beauftragten Institutionen weitergeleitet werden können und dass Patientendaten an Überweiser, Ärzte, Versicherungen oder andere Institutionen geschickt werden dürfen.

Datum: Unterschrift: