



**Gemeinschaftspraxis
für Kieferorthopädie**
Dr. med. Yvonne Breidenbach
Dr. med. Volker Breidenbach
Widumer Tor 1 44575 Castrop-Rauxel
Telefon: 02305/25548
Telefax: 02305/25578
e-mail: info@dr-breidenbach.de
Internet: www.dr-breidenbach.de

Patient Name: Vorname: geb.:
PLZ/Ort: Straße:
Telefon: Mobil: E-Mail:
Krankenkasse (gesetzlich): Krankenkasse (privat):
Hausarzt: Arbeitgeber:
Hauszahnarzt:

Beihilfeberechtigt Ja Nein
Postbeamten Ja Nein
Private Zusatzversicherung Ja Nein

Was hat Sie zu uns geführt? Empfehlung Freunde Auf eigenen Wunsch Empfehlung Haus-/Zahnarzt

Anamnese

Bitte haben Sie Verständnis für die folgenden Fragen. Durch deren gewissenhafte Beantwortung tragen Sie dazu bei, den bestmöglichen individuellen Behandlungsweg zu finden. Sollten bei der Beantwortung Fragen / Schwierigkeiten auftreten, helfen wir Ihnen gern.

1. Zahnärztliche Anamnese

Wurden Sie früher schon einmal kieferorthopädisch behandelt? Ja Nein
Gehen Sie regelmäßig (1/2 jährlich) zu Zahnarzt-Kontrolluntersuchungen? Ja Nein
Findet zur Zeit eine zahnärztliche Behandlung statt? Ja Nein
Wann wurde die letzte Zahnärztliche Röntgenaufnahme angefertigt?
Wurde in letzter Zeit neuer Zahnersatz bei Ihnen eingegliedert? Ja Nein
Wurde bei Ihnen schon einmal eine parodontologische Behandlung durchgeführt? Ja Nein
Besteht bei Ihnen Kiefergelenksknacken? Ja Nein
Knirschen Sie mit den Zähnen? Ja Nein
Haben Sie zur Zeit akute Beschwerden (z.B. beim Kauen)? Ja Nein
Schnarchen Sie? Ja Nein

2.Ärztliche Anamnese

Liegt eine Allgemeinerkrankung vor?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
.....		
Sind Sie zur Zeit in allgemein-oder fachärztlichen Behandlung?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
.....		
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
.....		
Sind Sie zur Zeit in HNO-Behandlung?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Sind Sie zur Zeit in orthopädischer Behandlung?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
.....		
Gab es frühere Unfälle/Operationen im Kopf-, Gesichts- oder Halsbereich?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
.....		
Liegen Behinderungen/Einschränkungen vor?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
.....		
Bestehen bei Ihnen Allergien?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
.....		
Kommt in der Familie Rheuma vor?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Bestehen bei Ihnen zur Zeit besondere körperliche/seelische Stressfaktoren?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
.....		
Besitzen Sie einen Röntgenpass?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
.....		
Was stört Sie am meisten an Ihren Zähnen?		
.....		
.....		
Was ist Ihnen für Ihre Behandlung besonders wichtig?		
.....		
.....		

Einverständniserklärung zur Verarbeitung von Patientendaten

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass

- Mein behandelnder Arzt, meine Daten und Befunde zum Zweck der weiteren Behandlung widerruflich an meinen Hauszahnarzt, Leistungsbringern oder anderen Ärzten übermitteln darf
- Außerdem erkläre ich mich bereit meine personenbezogenen Daten, bei Änderung sofort mitzuteilen und immer aktuell zu halten
- Es ist mir bekannt, dass ich meine personenbezogenen Daten jederzeit als Ausdruck erhalten darf.

.....
Ort/Datum

.....
Unterschrift