



Patient:

Name, Vorname

geb. am

Anschrift  
des Patienten

Straße

Hausnummer

Postleitzahl/Ort

Telefonnummer

Mitglied:

Name des Versicherten, Vorname

geb. am

Rechnungsanschrift:

Name; Vorname

Mobil Nummer:

Strasse

Hausnummer

Postleitzahl/Ort

E Mail Adresse:

Krankenkasse:

Privat: Ja

Als Privatpatient erhalten Sie entsprechend der Rechtslage eine Behandlungsrechnung nach der amtlichen Gebührenordnung (Gebührenrahmen 1,0 bis 3,5-fach), soweit nicht vor der Behandlung (GOZ §2) abweichende individuelle Vereinbarungen getroffen sind.

Beihilfe:

Ja

Nein

Beruf des Mitgliedes/  
Arbeitgeber:

Hauszahnarzt:

Bitte bedenken Sie bei der Beantwortung der nachfolgenden Fragen, daß das Wissen um ihre Krankengeschichte und um die Ihrer Familie Voraussetzung dafür ist, Ihre kieferorthopädische Behandlung sachgerecht planen zu können. Ihre Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht, sie werden absolut vertraulich behandelt. Die Daten werden elektronisch verarbeitet.

Der Abrechnung über eine zahnärztliche Abrechnungsstelle stimme ich zu.

Datum

Unterschrift

**CMD Kurzbefund (wird vom behandelnden Arzt ausgefüllt)**

Mundöffnung asymmetrisch

Mundöffnung eingeschränkt

Gelenkgeräusche

Okklusale Geräusche

Muskelpalpation schmerzhaft

Exzentrik traumatisch

**CMD**

unwahrscheinlich ( $\leq 1$ )

wahrscheinlich ( $\geq 2$ )

Bitte geben Sie uns weitere Angaben auf der Rückseite.

## Zur Krankengeschichte

Ja    Nein

1. Gehen Sie halbjährlich zur zahnärztlichen Kontrolle?
2. Sind Sie zurzeit in ärztlicher Behandlung?

---

Wenn ja, warum?

3. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

---

Welche?

4. Waren Sie in Behandlung eines Hals-, Nasen- Ohrenarztes?

---

Warum?

5. Bestehen folgende Erkrankungen?:

Hepatitis (Gelbsucht)?

Diabetes?

Epilepsie?

Allergien?

---

Welche?

Sonstige Erkrankungen?

---

6. Sind folgende Erkrankungen/ Syndrome bekannt?:

Lippen-, Kiefer-, Gaumenspalten?

Zahnunterzahl?

Zahnüberzahl?

Familiäre Zahn-oder Kieferfehlstellungen?

---

Welche?

7. Waren Sie früher bereits in kieferorthopädischer Behandlung?

---

Wenn ja wann

8. Wurde früher schon einmal eine Zahnfleischbehandlung durchgeführt

9. Wurden Sie in den letzten 12 Monaten geröntgt?

---

Wenn ja, Welcher Körperteil wurde geröntgt?

10. Bei weiblichen Patienten: Besteht die Möglichkeit einer Schwangerschaft?

11. Schnarchen Sie?

12. Schlafen Sie mit offenem Mund?

13. Beissen Sie aus Gewohnheit auf Zunge, Lippen, Nägeln, Bleistiften?

14. Leiden Sie an Tagesmüdigkeit?

15. Werden Sie nachts häufiger wach?

16. Haben Sie/Ihr Partner Atempausen im Schlaf bei sich/Ihnen bemerkt?

---

Datum

Unterschrift

Wir wünschen Ihnen einen angenehmen Aufenthalt in unserer Praxis.