

Herzlich willkommen !

Personalbogen

Patient

Name _____

Vorname _____

Geb.Datum _____

Geb.Ort _____

Strasse _____

PLZ Ort _____

Telefon _____

Versicherungsstatus: Mitglied Familienangehöriger Privat

Zahnarzt _____

Überweisung oder Empfehlung durch _____

Versicherungsmitglied

Name _____

Vorname _____

Geb.Datum _____

PLZ Ort _____

Straße _____

Beruf _____

Telefon privat _____

Telefon beruflich _____

Krankenkasse _____

Zusatzversicherung ja nein
Beihilfe ja nein
Postbeamten ja nein
Basistarif ja nein

Angaben zum Gesundheitszustand

(Zutreffendes bitte ankreuzen)

Wurde bei Ihnen eine der folgenden Krankheiten festgestellt?

Diabetes	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>	Kreislaufstörungen	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>
Asthma	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>	Leberentzündung, Hepatitis	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>
Allergien	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>	Infektionskrankheiten/HIV	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>

wenn ja wogegen? _____

welche? _____

sonstige Allgemeinerkrankungen, Operationen, Behinderungen oder Tumorbehandlungen? _____

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? ja nein
Welche? _____

Werden oder wurden Sie mit Bisphosphonaten behandelt? ja nein

Sind oder waren Sie in logopädischer Behandlung (Sprachtherapeuten)? ja nein
Bestehen Schwierigkeiten beim Aussprechen bestimmter Laute? ja nein

Wann? _____ Welche? _____

Sind oder waren Sie beim Hals-Nasen-Ohrenarzt in Behandlung? ja nein
Wurden bereits die Mandeln/Polypen entfernt? ja nein

Besteht eine Mundatmung? ja nein
Bestehen Geräusche oder Schmerzen beim Kauen oder Gähnen, bzw. im Kiefergelenk ja nein
Wird mit den Zähnen geknirscht oder wird auf die Lippen gebissen? ja nein

Gab es jemals einen Unfall im Kopfbereich? ja nein
In welchem Alter? _____
Welche Beschwerden lagen danach vor? _____

Wurde in den letzten 12 Monaten geröntgt? Wenn ja, wann und was? ja nein

Liegt eine Schwangerschaft vor? ja nein

Gibt es in der Familie Kiefer- oder Zahnfehlstellungen (Lippen-Kiefer-Gaumen spalten, Nichtanlagen von Zähnen)? _____ ja nein

Befanden sich Familienmitglieder in kieferorthopädischer Behandlung? ja nein

Was stört Sie an der Zahnfehlstellung am meisten? _____

Haben Sie das Gefühl, dass sich die Zahnfehlstellung verschlechtert hat? ja nein
Seit wann? _____

Waren Sie schon bei einem anderen Kieferorthopäden? ja nein

Isernhagen, den

Unterschrift: