 Praxis

 für Kieferorthopädie

 Dr. med. dent. 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? O Empfehlung Freunde, Bekannte, Verwandte O Auf eigenen Wunsch

 O Empfehlung durch 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 z.Zt. akute Beschwerden (z.B. beim Kauen)? Ja Nein

Schnarchen Sie? Ja Nein

**2.Ärztliche Anamnese**

Liegt eine Allgemeinerkrankung vor? Ja Nein

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………...............

Sind Sie zur Zeit in allgemein-oder fachärztlichen Behandlung? Ja Nein

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Ja Nein

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Sind Sie zur Zeit in HNO-Behandlung? Ja Nein

Sind Sie zur Zeit in orthopädischer Behandlung? Ja Nein

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Gab es frühere Unfälle/Operationen im Kopf-, Gesichts- oder Halsbereich? Ja Nein

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Liegen Behinderungen/Einschränkungen vor? Ja Nein

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Bestehen bei Ihnen Allergien? Ja Nein

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Kommt in der Familie Rheuma vor? Ja Nein

Bestehen bei Ihnen zur Zeit besondere körperliche/seelische Stressfaktoren? Ja Nein

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Besitzen Sie einen Röntgenpass? Ja 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