

Um Sie bzw. Ihr Kind ordnungsgemäß behandeln zu können, brauche ich genaue Angaben über persönliche Daten. Ich möchte Sie daher bitten, den Personalbogen gewissenhaft auszufüllen und alle Fragen zutreffend zu beantworten. **Bitte kreuzen Sie die zutreffenden Antworten an.**

Die Angaben werden selbstverständlich vertraulich behandelt. Aufgrund der örtlichen Gegebenheiten (Behandlungssaal) ist ein vertrauliches Gespräch nicht immer möglich.

Name des Patienten: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Geb.-Datum: \_\_\_\_\_

Geburtsort des Patienten: \_\_\_\_\_

Name des Versicherten: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Geb.-Datum: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

Handy: \_\_\_\_\_ Emailadresse: \_\_\_\_\_

### Versicherung:

Versicherung: \_\_\_\_\_

Freiwillig versichert:  ja  nein      Beihilfe versichert:  ja  nein

Zusatzversicherung:  ja  nein      Basistarifvertrag:  ja  nein

Postbeamtenkasse:  ja  nein

### Erziehungsberechtigter:

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Geb.-Datum: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_ Handynummer \_\_\_\_\_

Arbeitgeber: \_\_\_\_\_ Telefon privat: \_\_\_\_\_ Telefon berufl. \_\_\_\_\_

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? \_\_\_\_\_

Wurde der Patient schon einmal im Gesichtsbereich geröntgt?  ja  nein

Wenn ja, wann? \_\_\_\_\_

Erfolgte bereits eine kieferorthopädische Beratung?  ja  nein

Wenn ja wo? \_\_\_\_\_

War der Patient schon einmal in kieferorthopädischer Behandlung?  ja  nein

Wenn ja wo? \_\_\_\_\_

**Name des Zahnarztes:** \_\_\_\_\_

**Name des Überweisers:** \_\_\_\_\_

Wie lange liegt der letzte Zahnarztbesuch zurück? \_\_\_\_\_

Sind frühzeitig Milchzähne entfernt worden?  ja  nein

Hat einer der Eltern eine Zahnfehlstellung?  ja  nein

Hat der Patient Beschwerden beim Kauen?  ja  nein

Erkrankungen im Mund, Kieferoperationen, Unfälle (z.B. im Frontzahnbereich)?  ja  nein

Wenn ja was und wann? \_\_\_\_\_

**Gewohnheiten:**

- Schnuller \_\_\_\_\_
- Lutschen \_\_\_\_\_
- Lippenbeißen \_\_\_\_\_
- Knirschen \_\_\_\_\_
- Mundatmung \_\_\_\_\_
- Sprachfehler \_\_\_\_\_
- Schnarchen \_\_\_\_\_
- Schlafstörung \_\_\_\_\_

Was stört sie am meisten ( z.B. Zähne stehen lückig, Unterkiefer liegt zurück, Oberkiefer steht vor)?

\_\_\_\_\_

Ist der Patient z. Zt. in ärztlicher Behandlung?  ja  nein

Wenn ja, weshalb? \_\_\_\_\_

Werden regelmäßig Medikamente eingenommen?  ja  nein

Wenn ja wofür? \_\_\_\_\_

Bestehen irgendwelche Krankheiten (Rachitis, Diabetes, Tuberkulose, Asthma, Aids, Allergie, Epilepsie, Herzfehler, Hepatitis, Blutungsneigung oder sonstige)? \_\_\_\_\_

Zur Erstellung eines kieferorthopädischen Behandlungsplanes wird eine Anfangsuntersuchung benötigt (Abdrücke, Fotos, Röntgenbilder). Hierzu gebe ich mein Einverständnis:  ja  nein

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Versicherten / Erziehungsberechtigten