

**PATIENTENDATEN**

Name Patient(in) .....	Vorname .....
Geburtsdatum .....	Geburtsort .....
<b>Adress-/Kontaktdaten</b>	
Straße .....	PLZ und Ort .....
Telefon privat .....	Email .....
Telefon beruflich .....	Mobiltelefon .....
empfohlen oder überwiesen durch: .....	behandelnder Zahnarzt: .....

**VERSICHERTER (Erziehungsberechtigter)**

Name Versicherte(r) .....	Vorname .....
Geburtsdatum .....	Beruf .....
<b>Anschrift (wenn vom Patienten abweichend)</b>	
Straße .....	PLZ und Ort .....

**ANAMNESE**

	<b>JA</b>	<b>NEIN</b>	
Liegen chronische Erkrankungen vor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wenn <b>JA</b> , welche? .....
Werden regelmäßig Medikamente eingenommen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wenn <b>JA</b> , welche? .....
Besteht/bestand eine Erkrankung an: Herz/Leber/Niere/Lunge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wenn <b>JA</b> , welche? .....
Liegt/lag eine Infektion mit HIV, TBC, Hepatitis vor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wenn <b>JA</b> , welche? .....
Besteht/ bestand eine rheumatische Erkrankung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Liegt/ lag eine Rachitis vor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Wird/wurde eine orthopädische Behandlung durchgeführt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sind Allergien/Medikamentenunverträglichkeiten bekannt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wenn <b>JA</b> , welche? .....
Wurde bereits kieferorthopädisch behandelt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wenn <b>JA</b> , wo und wann? .....
Liegen/lagen Kiefergelenksprobleme vor? (z. B. Geräusche, Schmerzen o. ä.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Wird durch den Mund geatmet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Besteht/bestand eine Lutschgewohnheit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Wurden Mandeln/Polypen entfernt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Wird geschnarcht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Wird ein Musikinstrument gespielt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Wurden in den letzten 12 Monaten Röntgenaufnahmen im Mund-/Kieferbereich gemacht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wenn <b>JA</b> , wo? .....