



DR. SCHULZE WARTENHORST  
Kieferorthopädie

Dürrenberger Ring 18  
49324 Melle

Tel.: 05422 42820  
Fax: 05422 3277

**Liebe Patientin, lieber Patient, liebe Eltern,**

**herzlich willkommen in unserer Praxis.**

Wir, das Praxisteam, möchten Ihnen Ihren Aufenthalt in der Praxis so angenehm wie möglich gestalten. Zur Anlage Ihrer persönlichen Behandlungskartei und im Interesse einer komplikationslosen Behandlung benötigen wir von Ihnen einige Angaben. Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen vollständig und richtig. Bei Rückfragen wenden Sie sich bitte an unser Empfangsteam. Alle Angaben unterliegen nach § 203 StGB der ärztlichen Schweigepflicht.

**PATIENTENDATEN**

Name, Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer \_\_\_\_\_

Postleitzahl, Ort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

Versicherung Mitglied (falls nicht selbst versichert) \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Beruf, Arbeitgeber \_\_\_\_\_

**BEI MINDERJÄHRIGEN PATIENTEN**

Angaben zur Person, die den minderjährigen Patienten vorstellt

Name, Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Straße, Hausnummer \_\_\_\_\_

Postleitzahl, Ort \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

**KIEFERORTHOPÄDISCHER ANAMNESEBOGEN**

Besteht eine Zusatzversicherung für kieferorthopädische Leistungen?

Ja  Nein

Besteht eine Berechtigung auf Beihilfe?

Ja  Nein





Ihr Hauszahnarzt \_\_\_\_\_

Sind in letzter Zeit Röntgenaufnahmen angefertigt worden?

ja  Nein

Wenn ja, wann und wo: \_\_\_\_\_

Wurde schon eine kieferorthopädische Beratung | Behandlung durchgeführt?

ja  Nein

Wenn ja, wann und wo: \_\_\_\_\_

Wurden Unterlagen erstellt?

ja  Nein

Wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

Wurden andere Familienmitglieder kieferorthopädisch behandelt?

ja  Nein

Was stört am meisten an der Zahn- | Kieferfehlstellung?

\_\_\_\_\_

Wird ein Blasinstrument gespielt?

ja  Nein

Wenn ja, welches: \_\_\_\_\_

Wird oder wurde am Daumen gelutscht?  ja  nein

Wird oder wurde ein Schnuller benutzt?  ja  nein

Wird gelegentlich an den Fingernägeln gekaut?  ja  nein

Wird mit den Zähnen geknirscht oder gepresst?  ja  nein

Wurden bei einem Unfall Zähne oder Kiefer verletzt?  ja  nein

Bestehen | bestanden Beschwerden des Kiefergelenks,  
der Kaumuskulatur oder häufig Kopfschmerzen?  ja  nein



Besteht eine rheumatische Erkrankung?  ja  nein

Liegt eine erschwerte Nasenatmung bzw. Mundatmung vor?  ja  nein

Wurden Mandeln oder Polypen entfernt?  ja  nein

Liegt eine der folgenden Erkrankungen vor:

**Herz-Kreislauf-Störungen**  ja  nein

**Epilepsie**  ja  nein

**Diabetes**  ja  nein

**HIV | AIDS**  ja  nein

**Asthma**  ja  nein

**Tuberkulose**  ja  nein

**Blutgerinnungsstörungen**  ja  nein

**Sonstige**  ja  nein

Wenn ja, welche : \_\_\_\_\_

Liegt eine Allergie vor?  ja  nein

Wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

Werden regelmäßig Medikamente eingenommen?  ja  nein

Wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

Besteht eine Schwangerschaft?  ja  nein

Wenn ja, in welchem Monat? \_\_\_\_\_

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? / Auf wessen Empfehlung kommen Sie?

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner umseitigen und obigen Angaben und stimme der Speicherung meiner persönlichen Daten | der persönlichen Daten meines Kindes ausdrücklich zu. Diese werden ausschließlich für meine Behandlung und zur Kommunikation mit meinem Zahnarzt genutzt. Zudem erkläre ich mich einverstanden, dass im Rahmen der kieferorthopädischen Behandlung notwendige Röntgenuntersuchungen bei meinem Kind gemacht werden.

Unterschrift des Patienten  
bzw. Vorstellenden

Ort | Datum



DR. SCHULZE WARTENHORST  
Kieferorthopädie

Dürrenberger Ring 18  
49324 Melle

Tel.: 05422 42820  
Fax: 05422 3277

---

Wir danken Ihnen herzlich für Ihre Beantwortungszeit! Bitte teilen Sie uns Änderungen der Angaben rechtzeitig mit.

Ihr Praxisteam