



## Fachzahnarzt für Kieferorthopädie

Dr. Tim Schröder AG – Mühlebühl 4 – 9100 Herisau

Kieferorthopädie für Kinder und Erwachsene – unsichtbare Zahnspangen – Kiefergelenkbehandlung  
Manuelle Funktionsanalyse – kieferorthopädische Spezialbehandlungen

*Herzlich willkommen in unserer Praxis!*

Bevor wir uns in Ruhe über Ihre kieferorthopädischen Wünsche oder Sorgen unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine umfassende und risikofreie Behandlung. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Ihr Praxisteam Dr. Tim Schröder

**Patientin/ Patient**

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ geb. \_\_\_\_\_

**Versichert bei:  
Versicherungs Nummer:**

\_\_\_\_\_

**Gesetzlicher Vertreter  
Rechnungsadresse  
oder Amt**

\_\_\_\_\_

**Adresse:**

Straße \_\_\_\_\_ Nr. \_\_\_\_\_ Tel. Nr. \_\_\_\_\_

PLZ \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_ Natel Nr.: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

**Wir wünschen eine Beratung in der Praxis Dr. Schröder.**

Herisau, den .....

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Patienten bzw. eines gesetzlichen Vertreters

**Bitte Rückseite auch ausfüllen**



# Aufnahmebogen

## Patient:

**Wer ist der behandelnde Zahnarzt?** \_\_\_\_\_

**Von wem wurde Ihnen meine Praxis empfohlen?** \_\_\_\_\_

### Medikamente

Welche Medikamente nehmen Sie/ nimmt Ihr Kind regelmäßig ein? \_\_\_\_\_

### Allergien

Gegen welche Materialien oder Medikamente besteht bei Ihnen/ bei Ihrem Kind der Verdacht einer Überempfindlichkeit? \_\_\_\_\_

	ja	nein
Besitzen Sie/besitzt Ihr Kind einen Allergiepaß?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>vegetative Erkrankungen</b>		
Hatten Sie/ Ihr Kind schon Ohnmachtsanfälle?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Erkrankungen des Nervensystems</b>		
Leiden Sie/ Ihr Kind unter epileptoformen Anfällen oder Krämpfen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Bluterkrankungen</b>		
Liegt eine Blutungsneigung vor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Infektionskrankheiten</b>		
Hatten Sie/ Ihr Kind Leberentzündungen/Gelbsucht (Hepatitis B/C)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tuberkulose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wurde bei Ihnen/ Ihrem Kind ein Aidstest durchgeführt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja mit welchem Ergebnis?	_____	
<b>Röntgen</b>		
Wurden Sie/ wurde Ihr Kind in den letzten 12 Monaten im Kopf-Kiefer-Zahnbereich geröntgt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, bei welchem Arzt, welche Aufnahmen?	_____	
<b>Andere Erkrankungen</b>		
Bestehen oder bestanden andere Erkrankungen?	_____	
Wenn ja, welche?	_____	

### Schwangerschaft

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

### Weitere wichtige Informationen zur Behandlungsplanung

Wurden Sie/ Ihr Kind schon von einem Kieferorthopäden untersucht/ beraten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wurde schon eine kieferorthopädische Behandlung durchgeführt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, bei welchem Arzt, welche Therapie?	_____	
Spielen Sie/ spielt Ihr Kind ein Blasinstrument?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wurden durch einen Unfall Zähne oder Kiefer verletzt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, bitte genauere Angaben	_____	
Bestehen Kiefergelenkschmerzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Besteht Kiefergelenkknacken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wurden Erkrankungen der Wirbelsäule oder des Bewegungsapparates festgestellt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, bei welchem Arzt, welche Therapie?	_____	
Gibt es in der Verwandtschaft Gebißunregelmäßigkeiten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bestehen Einschränkungen in der Nasenatmung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wurden die Mandeln entfernt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wurden Polypen entfernt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlafen Sie/ schläft Ihr Kind mit offenem Mund?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Häufige Erkrankungen der Atemwege, Husten, Erkältungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Sie/ ist Ihr Kind in Behandlung bei einem Hals-Nasen-Ohrenarzt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, bei welchem Arzt, welche Therapie?	_____	
Bestehen Sprachprobleme?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Sie/ ist Ihr Kind in logopädischer Behandlung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, bei welchem Logopäden, welche Therapie?	_____	
Besteht Daumen-/ Fingerlutschen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Besteht Nagel-/ Lippenbeißen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Mit meiner Unterschrift erteile ich Ihnen mein Einverständnis, für die Rechnungsstellung, das Inkasso und die Buchführung notwendigen Daten an die von uns hierfür beauftragten Personen und Institutionen weiterzuleiten.

Ich bestätige hiermit, ein Kosteninfoblatt vor der durchgeführten Erstberatung erhalten zu haben

**Vielen Dank für Ihre Mithilfe! Bitte teilen Sie uns sofort Änderungen der obigen Angaben mit.**

**Wichtig: Wir machen keine Karieskontrollen. Wenden Sie sich dafür weiterhin an Ihren Hauszahnarzt!**

Herisau, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Patienten bzw. eines gesetzlichen Vertreters