

HERZLICH WILLKOMMEN IN UNSERER PRAXIS

DRES BOG LER

KIEFERORTHOPÄDIE

Bevor wir uns in Ruhe über Ihre kieferorthopädischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine adäquate und risikofreie Behandlung. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Die „Informationen zur Erhebung personenbezogener Daten“ sind in der Praxis einsehbar.

PATIENTIN/PATIENT

Name Vorname Geburtsdatum Geburtsort

NAME DES/DER HAUPTVERSICHERTEN

Name Vorname Geburtsdatum Geburtsort

ANSCHRIFT

Straße PLZ, Ort
Telefon privat Telefon geschäftlich E-Mail

KRANKENKASSE ODER VERSICHERUNG

Krankenkasse ☐ gesetzlich versichert ☐ Zusatzversicherung
☐ privat versichert ☐ beihilfeberechtigt

ZAHNÄRZTIN/ZAHNARZT

Name, Ort

WANN WURDEN DIE LETZTEN RÖNTGENAUFNAHMEN DER ZÄHNE UND DER KIEFER BZW. DES SCHÄDELS AUFGENOMMEN?

Name der Zahnärztin/des Zahnarztes oder der Kieferorthopädin/des Kieferorthopäden Datum, Jahr

BESTEHT EINE SCHWANGERSCHAFT? ☐ ja ☐ nein ☐ unsicher

WIE WURDEN SIE AUF UNS AUFMERKSAM?

☐ Überweisung Hauszahnarzt ☐ Homepage ☐ Werbung
☐ persönliche Empfehlung ☐ Google ☐ Sonstiges

Ich verpflichte mich, während der Behandlungsdauer eintretende Änderungen umgehend mitzuteilen. Wir sind bemüht, Ihnen lange Wartezeiten zu ersparen. Falls es jedoch aus medizinischen Gründen zu Zeitverzögerungen kommen sollte, bitten wir Sie um Verständnis. Wenn Sie einmal aus dringenden Gründen einen vereinbarten Termin nicht einhalten können, bitten wir Sie, diesen bis spätestens 24 Stunden vorher abzusagen.

Ort, Datum Unterschrift/gegebenenfalls Erziehungsberechtigter

Dr. Friederike Bogler
Fachzahnärztin für Kieferorthopädie
Freiburger Str. 4
79312 Emmendingen

T 07641 87 82
F 07641 570 451
M info@zahnarzte-bogler.de
W www.zahnarzte-bogler.de

PATIENTIN/PATIENT

Name

Vorname

Datum

Zahnarzt

Hausarzt

☐ PV ☐ ZV

Anlass der Behandlung _____ Heredität _____

Vorausgegangene Beratung/Behandlung _____ KFO-Beh. in der Familie _____

DRES
BOG
LER

KIEFERORTHOPÄDIE

ALLGEMEINERKRANKUNGEN

☐ Herzfehler/Herz-Kreislauf-erkrankungen _____ ☐ Diabetes/Nierenerkrankungen _____☐ Blutkrankheiten/Blutungsneigung _____ ☐ Infektionskrankheiten _____☐ Operationen _____ ☐ Geburtstrauma _____☐ Regelmäßige Medikamente _____ ☐ Schilddrüsenfunktionsstörung _____HNO: ☐ AT ☐ TE _____ ☐ Allergien _____☐ orthopädische Auffälligkeiten/Physiotherapie _____

ZAHNÄRZTLICHE ANAMNESE

☐ Unfall/Zahnverlust _____ Zahnwechsel ☐ früh ☐ spät

KIEFERORTHOPÄDISCHE ANAMNESE

relative Körpergröße/Körperbau/Haltung _____ Motivation _____

Sportart _____ (Blas-) Instrument _____

DYSKINESIEN

☐ Mundatmung _____ ☐ Schlafen mit offenem Mund _____ ☐ Schnarchen _____☐ Lutschyndyskinesie _____ ☐ Schnuller bis _____ ☐ Flasche bis _____☐ Bleistiftkauen _____ ☐ Fingernagelkauen _____ ☐ Knirschen _____☐ Logopädie _____ ☐ sprachliche Auffälligkeiten _____ ☐ Kopfschmerzen _____

DYSKINESIEN

☐ Zungendyskinesie _____ ☐ viszerosomatisches Schlucken _____ Zungenpressen ☐ frontal ☐ lateral☐ Lippendyskinesie _____ ☐ Unterlippenbeißen _____ ☐ Wangenbeißen _____

EXTRAORAL

Gesichtsform _____ ☐ Asymmetrie _____ ☐ Gummy smileNase _____ Nasolabialwinkel ☐ groß ☐ klein Lippenprofil ☐ konvex ☐ konkavLippenform _____ Haltung ☐ komp. ☐ inkomp. ☐ pot.komp. Lippentreppe ☐ pos. ☐ neg. ☐ geradeKinn ☐ fliehend ☐ prominent ☐ Mentaltonus erhöht Kieferwinkel ☐ groß ☐ klein

INTRAORAL

Mundhygiene _____ ☐ Kariesanfälligkeit hoch _____ Fistel an _____

Gingiva/Mundschleimhaut _____ Rezessionen _____ Attached gingiva wenig an _____

Lippenbändchen stark inser. an _____ ☐ Tonsillen vergrößert ☐ große Zunge

FUNKTIONSBEFUND

UK in RS ☐ dorsal ☐ ventral ☐ gerade ☐ Interokklusalraum ☐ groß ☐ klein ☐ Ø

OK Mitte _____ mm nach _____

UK Mitte _____ mm nach _____ im SB

_____ mm nach _____ in RS

_____ mm nach _____ bei max. MÖ

Zwangsbiss ☐ lateral über _____ ☐ dorsal ☐ ventralKauebene ☐ gerade ☐ hängt nach _____ Kauseite ☐ re ☐ li

Sonstiges: