

Erstbesuch

Erwachsene Patienten

Vorname, Nachname

Geburtsdatum

Jordan Fillies Zahnärzte
MVZ GmbH

Zur Waldbühne 3
49124 Georgsmarienhütte

Telefon 054 01-87 06 33

Telefax 054 01-87 06 20

E-Mail kfo@jordan-fillies.de
www.jordan-fillies.de

Liebe Patienten,

damit wir genau auf Ihre kieferorthopädischen Bedürfnisse eingehen können, benötigen wir einige Angaben von Ihnen. Alle personenbezogenen Angaben, sowie im Behandlungsverlauf angegebenen Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dem Datenschutz und werden streng vertraulich behandelt.

Straße, Nr.

Telefon privat

Postleitzahl, Ort

Telefon mobil

E-Mail

1. Waren Sie bereits bei einem Kieferorthopäden?

Ja Nein

2. Sind Sie bereits kieferorthopädisch behandelt worden?

Ja Nein

3. Waren Sie bereits bei einem Sprachtherapeuten/Logopäden?

Ja Nein

4. Sind Sie bereits in physiotherapeutischer und/oder osteopathischer Behandlung?

Ja Nein

5. Liegen ähnliche Zahnfehlstellungen in der Familie vor?

Ja Nein

6. Sind bei einem Unfall die Milchschnidezähne verloren gegangen oder bleibende Zähne beschädigt worden?

Ja Nein

7. Welche Krankheiten hatten Sie? (z.B. rheumatische Erkrankungen, Scharlach, Gelbsucht)

8. Bestehen zur Zeit ansteckende Krankheiten? (z.B. Hepatitis, Tuberkulose, HIV)

9. Bestehen Allergien? Wenn ja, welche?

10. Bestehen Blutgerinnungsstörungen? Ja Nein

11. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja, welche?

12. Atmen Sie mehr mehr durch die Nase? durch den Mund?

13. Waren Sie bereits beim Hals-Nasen-Ohrenarzt? Ja Nein

14. Knirschen Sie nachts mit den Zähnen? Ja Nein

15. Liegen sonstige Angewohnheiten vor?

Nägelkauen/-beißen Stiftekauen Lippenbeißen Sonstiges

16. Haben Sie Probleme mit dem Kiefergelenk? Ja Nein

17. Wer ist Ihr Hausarzt?

18. Wer ist Ihr Hauszahnarzt?

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten