



**Dr. Monika Köning &
Dr. Hans-Jürgen Köning**
Fachzahnärzte für Kieferorthopädie

Fachpraxis für Kieferorthopädie

Möllendorffstr. 104-105

10367 Berlin

Tel.: 030-5589677

Fax. 030-55492592

www.kfo-koening.de

E-Mail: kontakt@kieferorthopaedie-koening.de

ANAMNESE

Name: Vorname: geb.:

Anschrift: Straße:.....Hausnr.:.....

PLZ:.....Ort:.....

Tel.: E-Mail:

Krankenkasse:(pflichtversichert freiwillig versichert privat Beihilfe)

Vater (Name, Vorname): geb.:.....

Mutter (Name, Vorname): geb.:.....

(Versicherter bitte unterstreichen!)

Tätigkeit des Patienten:.....

Tätigkeit des Vaters: Tätigkeit der Mutter:

Gemäß Röntgenverordnung bitten wir um Beantwortung folgender Fragen:

Wurde der Patient schon einmal geröntgt?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Wenn ja, war das innerhalb der letzten 12 Monate?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Wenn ja, wo (Körperteil/Praxis)?		
Besteht zur Zeit eine Schwangerschaft?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Mit meiner Unterschrift erkläre ich der Praxis Dr. Köning mein Einverständnis, alle medizinisch notwendigen Röntgenbilder bei meinem Kind/bei mir zu erstellen.		

Fragen zur normalen körperlichen Entwicklung des Patienten:

Größe und Gewicht:
Der erste Zahn kam mit Monaten.

kieferorthopädisch wichtige Fragen:

War der Patient schon einmal in kieferorthopädischer Behandlung?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Wenn ja, Name & Anschrift:.....		
Waren oder sind Geschwister in kieferorthopädischer Behandlung?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Wenn ja Patientename: Behandlung von bis		
Praxis:		
Hat eines der Elternteile eine Zahnfehlstellung?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Wie lange und woran hat der Patient gelutscht?		
Liegen Kiefergelenksbeschwerden vor:	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Wenn ja bitte unterstreichen: Mundöffnungsbeeinträchtigung, Knacken, Schmerzen, Reibegeräusche		

Bitte wenden ! 

Hat der Patient häufig Erkältungskrankheiten? Besteht hauptsächlich Mundatmung? (Schlafen mit offenem Mund)	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> nein
Wurden die Mandeln bzw. die Wucherungen schon operiert? Wenn ja, wann?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Lagen schon irgendwelche Mund- oder Kieferoperationen bzw. Unfälle vor? Wenn ja, wann und was?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Bestehen irgendwelche schwerwiegenden Krankheiten? (Zucker, Asthma, Epilepsie, Herzfehler, Tbc, Gelbsucht, Aids)	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Sind Unverträglichkeiten (Allergien) bekannt? Wenn ja, welche?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Ist der Patient zur Zeit in ärztlicher Behandlung? Wenn ja, weshalb und wo?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Nimmt der Patient regelmäßig Medikamente? Wenn ja, welche?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Ist der Patient in regelmäßiger zahnärztlicher Betreuung? Wann war der letzte Zahnarztbesuch? Name/Telefon des Zahnarztes	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Schweigepflichtsentbindung: Mit meiner Unterschrift entbinde ich den behandelnden Kieferorthopäden gegenüber meines behandelnden Zahnarztes bzw. im Zusammenhang mit meiner kieferorthopädischen Behandlung weiterbehandelnder Ärzte (z.B. Oralchirurgen, Kieferchirurgen, Parodontologen, HNO-Ärzte) von der Schweigepflicht. Ich bin damit einverstanden, dass bei Bedarf die angefertigten digitalen Röntgenbilder auch unverschlüsselt per E-Mail versendet werden dürfen.		
Ich habe die Datenschutzerklärung der Praxis zur Kenntnis genommen (jederzeit in der Rezeption verfügbar) und willige in die Speicherung personenbezogener Daten durch die Praxis ein.		

Datum:

Unterschrift: