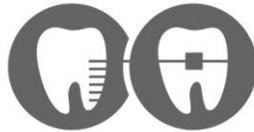


Dr. Detlef Riehl

Praxis für Implantologie
und Ästhetische Zahnheilkunde



Nicole Riehl

Fachzahnärztliche Praxis
für Kieferorthopädie

Im Niederfeld 1 - 34590 Wabern
Tel. 05683 / 227

HERZLICH WILLKOMMEN

IN UNSERER PRAXIS

Bevor wir gemeinsam Ihre zahnmedizinischen Anliegen besprechen, benötigen wir von Ihnen einige persönliche Angaben. Sie können sich jederzeit an uns wenden, wenn Sie Rückfragen oder Anmerkungen haben. Selbstverständlich unterliegen alle Angaben der ärztlichen Schweigepflicht.

Patientendaten

Vorname	Name
Straße Nr.	PLZ, Ort
Geboren am	Beruf
Tel. privat	Tel. mobil
Krankenkasse	Hausarzt

(Bei Kieferorthopädie) behandelnder Hauszahnarzt

Schicken Sie die Rechnung bitte an den Patienten Versicherten

Versichertendaten (sofern diese von den Patientendaten abweichen)

Vorname	Name
Straße Nr.	PLZ, Ort
Geboren am	Tel.

Erziehungsberechtigte(r)

Vorname	Name
Straße Nr.	PLZ, Ort

Wabern, den _____

Unterschrift _____



Kieferorthopädie

Sind ähnliche Zahn- oder Kieferfehlstellungen in der Familie bekannt?

Wurden sie bereits kieferorthopädisch Beraten oder behandelt?

Falls ja, wann? _____

Haben sie Kiefergelenksprobleme?

Leiden Sie unter häufigen

Kopf- und/oder Nackenschmerzen?

Knirschen Sie nachts mit den Zähnen?

Schnarchen sie nachts?

Mussten bei Ihnen bereits Zähne gezogen werden?

Sind Sie schon einmal im Kiefer-, Gesichtsbereich operiert worden?

Hatten Sie schon einmal einen Unfall mit Zahnbeteiligung?

Atmen Sie durch den Mund?

Leiden Sie unter erschwerter Nasenatmung?

Spielen sie ein Blasinstrument?

Wurden in den letzten Monaten bei Ihnen Röntgenbilder der Zähne/ des Kiefers angefertigt?

Was stört Sie an Ihren Zähnen am meisten?

Was sollen wir bei der Behandlung besonders berücksichtigen?

Angst vor zahnmedizinischen Eingriffen

Starke Schmerzempfindlichkeit

Starker Würgereiz

Sonstiges

Wurde bei Ihnen schon mal eine Zahnfleisch bzw. Parodontitisbehandlung durchgeführt?

Rauchen Sie?

Wenn ja, wie viele Zigaretten täglich? _____

Für unsere weiblichen Patienten:

Besteht eine Schwangerschaft?

Wenn ja, in welchem Monat? _____

Gesundheitsfragen

Augenerkrankungen

Herzkrankungen (z.B. Insuffizienz...)

Herzschrittmacher

Künstliche Herzklappe

Schlaganfall

Hoher Blutdruck

Niedriger Blutdruck

Ohnmachtsneigung

Blutungsneigung

Rheuma

Diabetes

Schilddrüsenerkrankungen

Lebererkrankungen

Magen-/Darmerkrankungen

Nierenerkrankungen

Lungenerkrankungen

Nasen-/Nebenhöhlenerkrankungen

Epilepsie

Infektionskrankheiten (z.B. HIV, Hepatitis)

Sonstige Erkrankungen

Wenn ja, welche

Besteht eine Allergie?

(auch gegen Medikamente)

Wenn ja, welche?

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?

Gerinnungshemmer (Blutverdünner)

Cortison (Entzündungshemmer)

Bisphosphonat (bei Tumor/Osteoporose)

Psychopharmaka

Sonstige

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Datum, Unterschrift _____