



Dr. Iris Frasch  
Dr. Hanni Kremer  
Kieferorthopädinnen

# Aufnahmebogen

Münchner Straße 45  
82362 Weilheim  
Telefon 0881/8337  
Telefax 0881/9256210

*Herzlich Willkommen in unserer Praxis!*

Liebe Eltern! Wir freuen uns, Ihr Kind als neuen Patienten bei uns begrüßen zu dürfen. Bevor wir uns in Ruhe über eine eventuell notwendige kieferorthopädische Behandlung unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über den allgemeinen Gesundheitszustand Ihres Kindes. Dies ist wichtig für eine umfassende und angemessene Behandlung. Bitte füllen Sie diesen sogenannten Aufnahmebogen vollständig aus und bringen ihn zum Erstberatungstermin mit. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

\_\_\_\_\_  
Nachname des Patienten

\_\_\_\_\_  
Nachname des Versicherten

\_\_\_\_\_  
Vorname geb. am

\_\_\_\_\_  
Vorname geb. am

\_\_\_\_\_  
Straße

\_\_\_\_\_  
Arbeitgeber

\_\_\_\_\_  
PLZ Ort

\_\_\_\_\_  
Zusatzversicherung

\_\_\_\_\_  
Telefon

\_\_\_\_\_  
Krankenkasse

\_\_\_\_\_  
Handynummer (freiwillig)

\_\_\_\_\_  
Zahnarzt

## Anamnese (Krankengeschichte):

1, Auf welche Empfehlung hin, haben Sie sich für unsere Praxis entschieden?

- Zahnarzt                       Verwandte oder Freunde in Behandlung  
 Internet                          Sonstiges: \_\_\_\_\_

2, Wurde bereits früher eine kieferorthopädische Behandlung durchgeführt?  ja     nein

Wenn ja, bei wem/wo? \_\_\_\_\_

3, Ist Ihr Kind derzeit in kieferorthopädischen Behandlung?  ja     nein

Wenn ja, bei wem/wo? \_\_\_\_\_

4, Ist Ihr Kind derzeit in ärztlicher Behandlung?  ja     nein

Wenn ja, wegen welcher Erkrankung? \_\_\_\_\_

- 5, Leidet oder litt Ihr Kind an einer der genannten Krankheiten?
- |   |                             |                               |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| Herzerkrankungen (z.B. Herzschwäche)                  | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Kreislaufkrankungen (zu hoher/zu niedriger Blutdruck) | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Bluterkrankungen                                      | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Ohnmachtsanfälle                                      | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Erkrankungen des Nervensystems (z.B. Epilepsie)       | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Infektionskrankheiten                                 | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Allergien: _____                                      | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| <input type="checkbox"/> Asthma                       |                             |                               |
| Sonstige Erkrankungen: _____                          | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| <input type="checkbox"/> Diabetes (Insulinpflichtig)  |                             |                               |
- 6, Muss Ihr Kind Medikamente einnehmen?  
Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_  ja  nein
- 7, Gibt es Nichtanlagen von Zähnen in der Familie?  ja  nein
- 8, Knirscht Ihr Kind mit den Zähnen?  ja  nein
- 9, Hat Ihr Kind Kiefergelenksbeschwerden oder Kiefergelenksknacken?  ja  nein
- 10, Hat Ihr Kind einen Unfall mit Auswirkungen auf den Zahn- Kieferbereich erlitten?  
Wenn ja, wann mit welchen Auswirkungen \_\_\_\_\_  ja  nein
- 11, Wurde Ihr Kind im letzten Jahr im Kopf- Kiefer- Zahnbereich geröntgt?  ja  nein
- 12, Dürfen wir Sie per SMS an Ihre zukünftigen Termine erinnern?  ja  nein

*Die Gesundheit Ihres Kindes liegt uns am Herzen!*

Für eine korrekte Behandlungsplanung ist die Anfertigung gezielter Röntgenaufnahmen unerlässlich. Unsere neuen Röntgengeräte arbeiten mit modernster digitaler Röntgentechnik. Damit sparen wir bei jeder Aufnahme eine Röntgenbelastung von bis zu 95% zu herkömmlichen Geräten ein.

Für einen reibungslosen Behandlungsablauf werden wir ggf. die angefertigten Röntgenaufnahmen Ihrem Hauszahnarzt oder dem behandelnden Chirurgen auf Anforderung übermitteln.

Wir sind immer bemüht, Ihnen lange Wartezeiten zu ersparen. Deshalb bitten wir Sie, vereinbarte Termine mindestens 24 Stunden vorher abzusagen, falls Sie verhindert sind. Wir sind berechtigt (§615 BGB), nicht eingehaltene Termine auch Mitgliedern der gesetzlichen Krankenversicherung nach der privaten Gebührenordnung (GOZ) in Rechnung zu stellen.

Weilheim, den \_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

*Wir bedanken uns für Ihre Mitarbeit!*

Dr. Iris Frasch, Dr. Hanni Kremer Kieferorthopädinnen  
Münchner Straße 45, 82362 Weilheim, Telefon 0881/8337, Telefax 0881/9256210