

Patient/in

Name _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____

Straße _____ PLZ/Ort _____ Geburtsort _____

Arbeitgeber _____ e-mail _____

Telefon priv. _____ mobil _____

Krankenkasse _____ Krankenversicherung /Beihilfe? _____ / _____

Private Zusatzversicherung? _____

Zahnarzt _____

Liebe Patienten,

bitte nehmen Sie sich etwas Zeit, um diesen Bogen auszufüllen. Sollte Ihnen eine Frage unklar sein, werden unsere Mitarbeiterinnen Ihnen gerne weiterhelfen.

Auf wessen Empfehlung kommen Sie zu uns?

1. Wurden bei Ihnen eine oder mehrere der folgenden Krankheiten festgestellt?

-Asthma ja nein -Allergien ja nein -Infektionskrankheiten (z.B. Hepatitis) ja nein

-sonstige Allgemeinerkrankungen

2. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? ja nein 3. Wurden Nasenpolypen oder Rachenmandeln entfernt? ja nein 4. Schmerzt es bei weiter Mundöffnung oder beim Gähnen? ja nein 5. Leiden Sie an Kopfschmerzen morgens, mittags, abends? ja nein 6. Haben Sie nach dem Aufwachen Muskelverspannungen im
Gesichts- oder Halsbereich? ja nein 7. Glauben Sie, dass Sie nachts mit den Zähnen knirschen? ja nein 8. Machen Ihre Kiefergelenke Geräusche (z.B. Knacken)? ja nein 9. Beißen Sie unbewusst häufig auf den Lippen herum? ja nein 10. Hatten Sie jemals einen Unfall mit Schäden an den Zähnen? ja nein

Welche Beschwerden lagen danach vor?

11. Waren Sie schon einmal in kieferorthopädischer Behandlung? ja nein 12. Wurden Sie im letzten Jahr im Kopfbereich geröntgt? ja nein 13. Besteht eine private Zusatzversicherung? ja nein

14. Gibt es einen ganz speziellen Anlass zu diesem Beratungsgespräch?

Burgdorf, den 11.08.2022

Unterschrift