



KIEFERORTHOPÄDIE  
DR. FRIEGEL-OEDER

## Liebe Patienten,

willkommen in der Kieferorthopädischen Fachpraxis Dr. Friegel-Oeder in Sundern

Wir freuen uns, dass Sie uns Ihr Lächeln und Ihre Zahngesundheit anvertrauen! Unser Ziel ist es, Ihnen eine bestmögliche und individuelle Behandlung anzubieten, denn wir machen keine Kompromisse wenn's um Ihre (Zahn-)Gesundheit geht.

Bevor wir uns bei Ihrem ersten Termin in Ruhe über Ihre kieferorthopädischen Wünsche unterhalten, benötigen wir Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine adäquate und risikofreie Behandlung. Alle Ihre Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Bitte füllen Sie den Anamnesebogen aus und bringen ihn zu Ihrem ersten Termin in unserer Praxis mit. Sollten Sie noch Fragen haben, helfen wir Ihnen gerne vor Ort weiter.

### 1 Persönliche Angaben zum Patienten und Versicherten

#### Angaben zum Patienten

m  w  d

Name, Vorname \_\_\_\_\_

Geb. Datum \_\_\_\_\_

Geb. Ort \_\_\_\_\_

Straße, Nr. \_\_\_\_\_

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

Größe \_\_\_\_\_

cm

Gewicht\* \_\_\_\_\_

kg

Telefon \_\_\_\_\_

Mobil \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

#### Angaben zum Versicherten

m  w  d

Name, Vorname \_\_\_\_\_

Geb. Datum \_\_\_\_\_

Telefon/Mobil \_\_\_\_\_

Straße, Nr. \_\_\_\_\_

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

Krankenkasse \_\_\_\_\_

Gesetzlich

Basistarifversichert

Beihilfeberechtigt

Privat

Freiwillig versichert

Zusatzversichert

\* Unsere Behandlungsstühle sind auf max. 135 kg Körpergewicht ausgelegt

#### Abweichender Rechnungsempfänger (nur auszufüllen wenn nicht identisch mit dem Versicherten)

m  w  d

Name, Vorname \_\_\_\_\_

Straße, Nr. \_\_\_\_\_

Geb. Datum \_\_\_\_\_

Telefon/Mobil \_\_\_\_\_

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

#### Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden, wer hat uns empfohlen?

Empfehlung von \_\_\_\_\_

Jameda.de

Online Suchmaschinen (bspw. Google)

Überweisung von \_\_\_\_\_

Praxiswebseite

Sonstiges \_\_\_\_\_

#### Was führt Sie heute zu uns?

Erstberatung

Zweitmeinung

#### Grund der Beratung/Zweitmeinung sind

Zahn- und Kieferfehlstellungen

Kiefergelenkprobleme

#### Sie sind uns wichtig! Was sollen wir bei Ihrer Beratung/Behandlung besonders berücksichtigen?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Kieferorthopädische Praxis Dr. med. dent. Patricia Friegel-Oeder

📍 Hauptstraße 126a, 59846 Sundern 📞 02933 - 90 90 10 📧 praxis@entweder-oeder.de

[www.entweder-oeder.de](http://www.entweder-oeder.de)



# KIEFERORTHOPÄDIE DR. FRIEGEL-OEDER

## 2 Allgemeine Gesundheitsfragen

Waren Sie schon früher oder sind Sie derzeit in kieferorthopädischer Beratung/Behandlung? Wenn ja, wo?

Ja  Nein

### Leiden Sie an einer der folgenden Erkrankungen?

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Herzleiden               | <input type="checkbox"/> Epilepsie       |
| <input type="checkbox"/> Diabetes                 | <input type="checkbox"/> Hepatitis       |
| <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankungen | <input type="checkbox"/> Blutkrankheiten |
| <input type="checkbox"/> Rheuma                   | <input type="checkbox"/> Osteoporose     |

### Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?

- |   |                                     |
|---|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ASS/Ibuprofen  | <input type="checkbox"/> Calcitonin |
| <input type="checkbox"/> Bisphosphonate | <input type="checkbox"/> Fluorid    |
| <input type="checkbox"/> Insulin        | <input type="checkbox"/> Cortison   |
| <input type="checkbox"/> _____          | <input type="checkbox"/> _____      |

### Sonstiges

Rauchen Sie?

Ja  Nein

Haben Sie Probleme mit der Nasenatmung? Wenn ja, welche?

Ja  Nein

- Asthma  Allergisches Asthma  Mundatmung  Schnarchen

Haben Sie eine Allergie (bitte legen Sie in diesem Fall Ihren Allergiepass vor, soweit vorhanden)?

Ja  Nein

Wenn ja, wogegen? \_\_\_\_\_

Sind Sie in physiotherapeutischer, orthopädischer, osteopathischer oder logopädischer Behandlung?

Ja  Nein

Wenn ja, beim wem und weshalb? \_\_\_\_\_

Hatten Sie schon einmal einen Unfall mit Folgen im Kopfbereich?

Ja  Nein

Knirschen Sie mit den Zähnen?

Ja  Nein

Bestehen bei Ihnen Kiefergelenksprobleme?

Ja  Nein

- Schmerzen  Einschränkung der Mundöffnung  Knacken

Dürfen wir mit den unten genannten Ärzten bezüglich Ihrer Behandlung in Kontakt treten?

Ja  Nein

Wer ist Ihr Hauszahnarzt?

Wer ist Ihr Hausarzt?

### Terminvereinbarungen

Um Wartezeiten vorzubeugen sind Ihre Termine exklusiv für Sie eingeplant. Sollten Sie einen Termin nicht oder nicht rechtzeitig wahrnehmen können, informieren Sie uns bitte sofern möglich mindestens 24 Stunden vorher. Andernfalls sind wir nach der privaten Gebührenordnung für Zahnärzte berechtigt die vorgesehene Behandlung bei einem nicht eingehaltenen Termin in Rechnung zu stellen.

### Erklärung

Ich habe diesen Fragebogen mit bestem Gewissen ausgefüllt und bestätige mit meiner Unterschrift die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben. Änderungen werde ich unverzüglich mitteilen.

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten

Kieferorthopädische Praxis Dr. med. dent. Patricia Friegel-Oeder

📍 Hauptstraße 126a, 59846 Sundern ☎ 02933 - 90 90 10 ✉ praxis@entweder-oeder.de

[www.entweder-oeder.de](http://www.entweder-oeder.de)