



**Für die Erstuntersuchung und die Beurteilung der Behandlungsnotwendigkeit sowie die Ausarbeitung eines individuellen Behandlungsplanes bitte ich Sie freiwillig, die zutreffende Antwort anzukreuzen und gegebenenfalls die Frage zu ergänzen.**

Ist der Patient zur Zeit in ärztlicher Behandlung? Ja wegen: \_\_\_\_\_ ja ☐ nein ☐

Werden Medikamente eingenommen werden? Ja folgende: \_\_\_\_\_ ja ☐ nein ☐

Bestehen oder bestanden schwerwiegende Erkrankungen wie z. B.:  
Asthma, Tuberkulose, Hepatitis, Diabetes, Rachitis, Epilepsie, Herzfehler, -operationen, HIV,  
Blutgerinnungsstörungen? (**bitte ggf. unterstreichen**)

Liegen sonstige Erkrankungen oder Behinderungen vor? ja ☐ nein ☐

Ja folgende: \_\_\_\_\_

Lagen bisher Mund- oder Kieferoperationen bzw. Unfälle im Kopfbereich vor? ja ☐ nein ☐

Liegt eine Allergie vor? Ja gegen: \_\_\_\_\_ ja ☐ nein ☐

Bestehen häufig Erkältungskrankheiten (Schnupfen, Angina, Bronchitis usw.)? ja ☐ nein ☐

Besteht Mundatmung (auch Schlafen mit offenen Mund)? ja ☐ nein ☐

Wurden Mandeln/Polypen entfernt? Wenn ja, wann? \_\_\_\_\_ ja ☐ nein ☐

Wurden bereits Unterlagen für eine kieferorthopädische Untersuchung angefertigt? ja ☐ nein ☐

Wurde bei den Eltern eine kieferorthopädische Behandlung durchgeführt? ja ☐ nein ☐

Wie viele Geschwister hat die Patientin/der Patient? \_\_\_\_\_

Wie viele davon wurden bereits kieferorthopädisch behandelt? \_\_\_\_\_

Bestehen Beschwerden/Knacken am Kiefergelenk? ja ☐ nein ☐

Besteht Zähneknirschen, Lippenbeißen oder Zungenbeißen? (**bitte ggf. unterstreichen**) ja ☐ nein ☐

Bestehen Sprachstörungen? ja ☐ nein ☐

Wird ein Blasinstrument gespielt? Ja folgendes: \_\_\_\_\_ ja ☐ nein ☐

Wie lange liegt der letzte Zahnarztbesuch zurück? \_\_\_\_\_

Gibt es bereits aktuelle Röntgenaufnahmen vom Kopfbereich (jünger als zwei Jahre) ja ☐ nein ☐

Wenn ja, wo? \_\_\_\_\_

**Bei Patientinnen: Besteht die Möglichkeit einer Schwangerschaft** ja ☐ nein ☐

Über den Umstand, dass in einem Behandlungsraum an mehr als an einer Behandlungseinheit behandelt wird, bin ich informiert und stimme diesem zu.

Es werden nach den Vorgaben der DSGVO Daten erhoben und gespeichert. (vergl. Hinweis auf der Homepage). Auch können Ihre personenbezogenen Daten zu Zwecken der Qualitätssicherung herangezogen werden.

Weitere Informationen zur Datenverarbeitung unter: <https://www.g-ba.de/beschluesse/4036/> .

Weiterhin erkläre ich mein Einverständnis, dass bei Bedarf mit dem behandelnden (Zahn-) Arzt Kontakt aufgenommen werden kann, um gegebenenfalls die Behandlung im wohl verstandenen Interesse des Patienten abstimmen zu können.

Folgende Informationen sind für die Behandlung noch wichtig:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Einverständniserklärung**

Ich möchte den Recall-Service (auch in offener Form per Postkarte) in Anspruch nehmen. ja ☐ nein ☐

Bitte erinnern Sie mich in regelmäßigen Abständen schriftlich, telefonisch oder per E-Mail (Angaben siehe oben) an einen Nachsorge-Termin zur Untersuchung und/oder zur Behandlung. Die Teilnahme am Recall kann ich jederzeit widerrufen.

\_\_\_\_\_

Datum

\_\_\_\_\_

Unterschrift des gesetzlichen Vertreters / Zahlungspflichtigen