



Name, Vorname: Max Muster
geb.: 0815

Waren Sie bereits in kieferorthopädischer
Behandlung? nein
 ja

Sind in Ihrer Familie Zahn- oder
Kieferfehlstellungen bekannt? nein
Wenn ja, welche?

Sind in Ihrer Familie Nichtanlagen von Zähnen
bekannt? nein
 ja

Traten bei Ihnen gravierende Verletzungen im
Kiefer- Gesichts-Bereich auf? (z.B.
Zahnverluste durch Unfall, Kieferbruch) nein
Wenn ja, welche?

Befindet sich Sie sich in ständiger ärztlicher
Behandlung (z.B.HNO)? nein
Wenn ja, warum?

Wurde bei Ihnen die Mandeln entfernt? nein
 ja

Haben Sie Beschwerden an den
Kiefergelenken? (Knacken, nächtliches
Knirschen, o.ä.) nein
Wenn ja, welche?

Sind Störungen des Stoffwechsels (z.B.
Zucker), andere Allgemeinerkrankungen oder
Infektionserkrankungen bekannt? nein
Wenn ja, welche?

Wurden bei Ihnen Allergien oder Über-
empfindlichkeiten, z.B. gegen Metalle,
Latex, Medikamente, Nahrungsmittel,
festgestellt? nein

Wenn ja, gegen welche?

Haben Sie innerhalb der letzten 12 Monate
eine Parodontosebehandlung bei Ihrem
Zahnarzt durchlaufen? nein
 ja

Traten bei Ihnen Komplikationen nach
Betäubungsspritzen, einer Zahnentfernung
oder sonstigen zahnärztlichen Maßnahmen
auf? nein
 ja

Haben Sie Schwierigkeiten mit der
Nasennatmung? (Asthma, Heuschnupfen
o.ä.) nein
 ja

Werden regelmäßig Medikamente
eingenommen? nein
 ja

Wurden Sie in den letzten 6 Monaten
schon einmal im Kopfbereich geröntgt?
 nein
 ja

Wenn ja, wann und wo?

Haben Sie ein Röntgennachweisheft oder
Röntgenpaß? nein
 ja

Spielen Sie ein Blasinstrument?
 nein
 ja

Was machen Sie beruflich?

Sind Sie beihilfeberechtigt? nein
 ja