



Dr. med. Petra Butschek

Fachzahnärztin für Kieferorthopädie
- Schwerpunkt Ganzheitliche Kieferorthopädie -
Ring 12 • 27777 Ganderkesee

Fon 0 42 22 / 95 01 - 91 • Fax - 93
E-Mail dr.p.butschek@web.de
Homepage www.dr-butschek.de

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
wir begrüßen Sie herzlich in unserer Praxis und bedanken uns für Ihr Vertrauen!

Name, Vorname:

Anschrift:

Geburtsdatum: _____ Krankenkasse/Versicherung: _____

Name des Versicherten/Rechnungsempfänger: _____ Geb.
Dat.: _____

Privatpatient: mit Beihilfe ohne Beihilfe freiwillig Versichert

Telefonnummer: _____ E-Mail

Adresse: _____

Name des Zahnarztes:

1) Was interessiert Sie beim 1. Termin besonders?

2) Sind Sie schon mal kieferorthopädisch beraten bzw. behandelt worden?

3) Kommen ähnliche Zahnfehlstellungen in der Familie vor? Ja
Nein

4) Gab es Zahnunfälle? Verletzungen im Kopf-/Gesichtsbereich?: Ja Nein

5) Sind Allergien bekannt? Ja Nein

Wenn Ja welche?

6) Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Ja Nein

Wenn ja welche?

7) Leiden Sie unter chronischen Schmerzen (Kopf, Bauch, Rücken, Knie, Fuß)

Ja Nein gerne umkreisen

8) Besondere Gewohnheiten?

Wangensaugen Lippensaugen Nägelkauen

9) Fand bereits eine Sprachtherapie statt? Ja Nein

10) Fand vor kurzem eine Vorstellung beim HNO-Arzt statt? Ja Nein

11) Besteht eine HIV- oder Hepatitis- Erkrankung? Ja Nein

12) Leiden Sie unter...

<input type="checkbox"/> Bluterkrankung	<input type="checkbox"/> Lungenerkrankung	<input type="checkbox"/> Herzerkrankung
<input type="checkbox"/> hoher/niedriger Blutdruck	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Krebs
<input type="checkbox"/> Ohnmachtsneigung	<input type="checkbox"/> Magen-Darm- Erkrankung	<input type="checkbox"/> Nierenerkrankung
<input type="checkbox"/> Erkrankung des Nervensystems	<input type="checkbox"/> Depressionen	<input type="checkbox"/> Rheumatische Erkrankung

Sonstige: _____

13) Persönliche Besonderheiten bei Ihnen:

Einlagen in den Schuhen Zahnbehandlung Haltungsschäden
 Hörstörungen/Ohrgeräusche Schluckbeschwerden Kiefergelenkknacken
 Mundöffnung eingeschränkt Sehstörungen

14) Atmung vorwiegend:

durch die Nase

durch den Mund

17) Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

Herzlichen Dank für Ihr Vertrauen. Ihr Praxis Team Dr. P. Butschek

Datum, Unterschrift: _____