



Dr. Katja Tropitzsch
Fachärztin für Kieferorthopädie

Tätigkeitsschwerpunkte:
Ganzheitliche Kieferorthopädie
Erwachsenen-Kieferorthopädie

Epplestraße 17
70597 Stuttgart-Degerloch
Telefon: 07 11/7 67 67 27
Telefax: 07 11/7 67 67 99

E-Mail:
info@stuttgarter-kieferorthopaedie.de

Dr. Katja Tropitzsch

FACHZAHNÄRZTIN FÜR KIEFERORTHOPÄDIE

Anmeldebogen für kieferorthopädische Untersuchung

Erwachsene

Patient/-in

Name Vorname geb.

Straße Tel.

PLZ / Wohnort

E-Mail Handy

Dürfen wir Sie per E-Mail oder SMS an Ihren Termin/Recall erinnern? ja nein

Zahnarzt

Wünschen Sie eine Weitergabe der Behandlungsunterlagen an den Zahnarzt (Arztbrief)? ja nein

Versicherungsnehmer/-in

Name Vorname geb.

Straße Tel.

PLZ / Wohnort

Beruf Arbeitgeber

Kommen Sie auf Empfehlung? nein ja Wenn ja, von wem?

Krankenkasse

Privat versichert? ja nein Beihilfeberechtigt ja nein

Zahlungspflichtige/-r (falls abweichend vom/von Versicherungsnehmer/-in)

Name Vorname geb.

Straße Tel.

PLZ / Wohnort

Waren Sie bereits in kieferorthopädischer Behandlung? ja nein

Wenn ja, bitte geben Sie an: wo? wann? wie lange?

Wenn ja, wurde die kieferorthopädische Behandlung nach ganzheitlichen Gesichtspunkten durchgeführt ja nein

Waren Sie in logopädischer Behandlung? ja nein

Wurden Polypen entfernt? ja nein

Wurden Tonsillen (Rachenmandeln) entfernt? ja nein

Atmen Sie vorwiegend durch: die Nase? den Mund?

Welches der folgenden Symptome haben Sie beobachtet?

Schnarchen Zähneknirschen Kiefergelenkknacken

Sprachfehler Schmerzen im Kiefer- oder Gesichtsbereich

Bitte beachten Sie auch die Rückseite!

Bestehen oder bestanden:

Allergien? ja nein

Wogegen?

Blutgerinnungsstörungen ja nein

Leberentzündung/Hepatitis/Gelbsucht ja nein

Tuberkulose ja nein

Erkrankungen des Immunsystems ja nein

HIV/Aids ja nein

Creutzfeldt-Jakob-Krankheit (CJK)/(vCJK) ja nein

Unfälle im Zahn- oder Kieferbereich ja nein

Haltungsschäden/Wirbelsäulenprobleme ja nein

Muskelverspannungen im Bereich der Wirbelsäule ja nein

Sonstige Erkrankungen

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? ja nein

Wenn ja, welche?

Nehmen Sie homöopathische Arzneien/Stärkungsmittel? ja nein

Wenn ja, welche?

Wurde Akupunktur im Kiefer- oder Gesichtsbereich durchgeführt? ja nein

Wurde Krankengymnastik im Kiefer- oder Gesichtsbereich durchgeführt? ja nein

Wurde in den letzten 6 Monaten der Kiefer- oder Gesichtsbereich geröntgt? ja nein

Wenn ja, was wurde geröntgt?

Bei welchem Zahnarzt/Arzt?

Besteht eine Schwangerschaft? ja nein ungewiß

Datum

Unterschrift Versicherungsnehmer/-in