



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

Kinder und Jugendliche

## 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

War Ihr Kind 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

War Ihr Kind in logopädischer Behandlung?  ja  nein

Wurden Polypen entfernt?  ja  nein

Wurden Tonsillen (Rachenmandeln) entfernt?  ja  nein

Atmet Ihr Kind vorwiegend durch:  die Nase?  den Mund?

Welches der folgenden Symptome haben Sie bei Ihrem Kind schon beobachtet bzw. hat es Ihnen mitgeteilt?

Schnarchen  Zähneknirschen  Kiefergelenkknacken

Sprachfehler  Schmerzen im Kiefer- oder Gesichtsbereich

Anzahl der Geschwister:  Alter:

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

Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente?  ja  nein

Wenn ja, welche?

Nimmt Ihr Kind 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?

Bei Mädchen

Bereits Eintritt der ersten Periode?  ja  nein

Besteht eine Schwangerschaft?  ja  nein  ungewiß

Datum

Unterschrift Versicherungsnehmer/-in