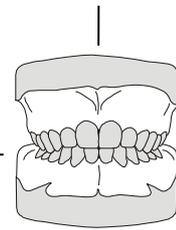


**Oliver Raab**  
**Fachzahnarzt für Kieferorthopädie**



**Praxisadresse**  
 Trelleborger Str. 10c  
 18107 Rostock  
 Tel.: 0381/7998508  
 Fax: 0381/7998509  
 Email: kfo-raab@gmx.de

**Herzlich willkommen in unserer Praxis !**

Bevor wir uns in Ruhe über Ihre kieferorthopädischen Probleme unterhalten können, benötigen wir neben einigen persönlichen auch einige Angaben zu bestimmten Gesundheitsfragen. Bitte füllen Sie diese sorgfältig aus. Alle Angaben werden streng vertraulich behandelt und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Bitte bringen Sie den vollständig ausgefüllten Anamnesebogen zum Termin mit. Vielen Dank !

Patient (Frau/Herr/Kind):

Name	Vorname	geb. am
------	---------	---------

Versichert (Mutter/Vater/Selbst):

Name	Vorname	geb. am
------	---------	---------

Adresse:

Straße	PLZ	Wohnort
--------	-----	---------

Telefon:

privat	dienstlich	e-Mail
--------	------------	--------

Krankenkasse/  
 -Versicherung:

- Krankenkasse: .....  
 privat  gesetzlich pflichtversichert  
 beihilfeberechtigt  gesetzlich freiwillig versichert

Behandelnder Zahnarzt:

Praxisort / Telefon:

Grund des Kommens:

- Empfehlung des Zahnarztes  ohne besondere Empfehlung  
 Empfehlung von: .....  Überwiesen durch: .....

- |   |             |
|---|-------------|
| Wurden Sie/Ihr Kind schon kieferorthopädisch beraten ?                            | O ja O nein |
| Wurden Sie/Ihr Kind schon kieferorthopädisch behandelt ?                          | O ja O nein |
| Wurden Sie /Ihr Kind in den letzten 12 Monaten im Kopf/Hals-Bereich geröntgt ?    | O ja O nein |
| Sind noch Geschwister in kieferorthopädischer Behandlung ?                        | O ja O nein |
| Wurden evtl. bei einem Unfall Zähne ausgeschlagen oder verletzt ?                 | O ja O nein |
| Wurde am Daumen/Finger o.ä. gelutscht (Bis zu welchem Alter ....., ..... Jahre) ? | O ja O nein |
| Bestehen oder bestanden Beschwerden an den Kiefergelenken od. der Kaumuskulatur ? | O ja O nein |
| Befinden oder befanden Sie/Ihr Kind sich in HNO-Behandlung ?                      | O ja O nein |
| Nehmen Sie/Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein ? .....                            | O ja O nein |
| Sind Allergien bekannt ? Wenn ja, welche .....                                    | O ja O nein |
| Besteht eine Allgemeinerkrankung/Behinderung ? .....                              | O ja O nein |
| Besteht eine erhöhte Blutungsneigung oder ein Diabetes ?                          | O ja O nein |
| Besteht eine Kreislaufkrankung ?  | O ja O nein |
| Nur für weibliche Patienten: Besteht eine Schwangerschaft ?                       | O ja O nein |
| Besteht oder bestand eine Infektionskrankheit (Hepatitis, HIV) ?                  | O ja O nein |

**Wichtiger Hinweis:**

Rostock, den: \_\_\_\_\_ Unterschrift (Patient/Elternteil): \_\_\_\_\_

Bitte teilen Sie uns sofort **Änderungen** der obigen Angaben mit (insbesondere Adressenänderungen und Änderungen der Krankenkasse). Wir sind bemüht, Ihnen lange Wartezeiten zu ersparen. Deshalb bitten wir Sie, vereinbarte Termine rechtzeitig, mindestens 24 Stunden vorher, abzusagen, falls Sie verhindert sein sollten. Vielen Dank für Ihre Mithilfe !