

**Gesundheitsfragebogen für Erwachsene**

Herzlich Willkommen in unserer Poliklinik! Dieser Fragebogen ist eine wichtige Information für den behandelnden Kieferorthopäden. Er verbleibt vertraulich unter der ärztlichen Schweigepflicht bei den Akten. Bitte beantworten Sie die nachstehenden Fragen in Ihrem Interesse genau und besprechen Sie offenstehende Themen mit Ihrem behandelnden Arzt **vor** dem Untersuchungsbeginn.

Überweisung von: \_\_\_\_\_

Eigeninitiative (was stört?): \_\_\_\_\_

Zahnarzt (Name, Adresse) \_\_\_\_\_

Kinderarzt/Hausarzt (Name, Adresse) \_\_\_\_\_

Frühere KFO Behandlung?

Wenn ja, ca. von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

bei (Name, Adresse, Tel.): \_\_\_\_\_

abgeschlossen     abgebrochen

- 1. Sind Sie mit dem Aussehen Ihrer Zähne unzufrieden?     Ja     Nein     nicht bekannt
- 2. Denken Sie, dass Ihre Zähne Ihr allgemeines Wohlbefinden beeinträchtigen?     Ja     Nein     nicht bekannt
- 3. Werden Sie zurzeit ärztlich behandelt?     Ja     Nein     nicht bekannt
- 4. Schnarchen Sie regelmäßig?     Ja     Nein     nicht bekannt
- 5. Ist jemandem schon einmal aufgefallen, dass Sie nachts aufhören zu atmen oder nach Luft schnappen?     Ja     Nein     nicht bekannt
- 6. Sind Sie tagsüber oft erschöpft, müde und fühlen sich nicht ausgeschlafen?     Ja     Nein     nicht bekannt
- 7. Schlafen Sie gut?     Ja     Nein     nicht bekannt
- 8. Nehmen Sie zur Zeit oder haben Sie in den letzten Monaten Medikamente genommen? Wenn ja welche?     Ja     Nein     nicht bekannt

Name der Medikation	Dosierung

- 9. Benötigen Sie vor einem ärztlichen Eingriff eine Prämedikation (z.B Endokarditisprophylaxe)?     Ja     Nein     nicht bekannt
- 10. Nehmen oder haben Sie in der Vergangenheit Bisphosphonate eingenommen?     Ja     Nein     nicht bekannt
- 11. Sind Sie jemals ernsthaft krank gewesen oder hatten Sie einen chirurgischen Eingriff?     Ja     Nein     nicht bekannt
- 12. Sind Sie schon mal mit einer Bestrahlung behandelt worden?     Ja     Nein     nicht bekannt
- 13. Haben sich Ihr Appetit oder Ihr Gewicht in letzter Zeit verändert?     Ja     Nein     nicht bekannt
- 14. Haben Sie Schwierigkeiten beim Kauen oder bei großer Mundöffnung?     Ja     Nein     nicht bekannt
- 15. Haben Sie einmal pro Woche oder häufiger Schmerzen im Bereich der Schläfen, des Gesichts, der Kiefergelenke oder des Kiefers?     Ja     Nein     nicht bekannt

16. Haben Sie einmal pro Woche oder häufiger Schmerzen bei der Mundöffnung oder beim Kauen?	0 Ja	0 Nein	0 nicht bekannt
17. Haben Sie häufiger Zahnschmerzen?	0 Ja	0 Nein	0 nicht bekannt
18. Sind bei Ihnen ein verfrühter Zahnverlust oder Nichtanlagen bekannt?	0 Ja	0 Nein	0 nicht bekannt
19. Haben Sie empfindliche Zähne, Zahnfleischbluten oder Zahnfleischbeschwerden?	0 Ja	0 Nein	0 nicht bekannt
20. Leiden Sie unter Kieferhöhlenbeschwerden?	0 Ja	0 Nein	0 nicht bekannt
21. Haben schon mal Schmerzen, Reiben oder Knacken in den Kiefergelenken oder anderen Gelenken gehabt?	0 Ja	0 Nein	0 nicht bekannt
22. Atmen Sie hauptsächlich durch den Mund?	0 Ja	0 Nein	0 nicht bekannt
23. Sind bei Ihnen die Mandeln oder Polypen entfernt worden? Wenn ja, wann? _____	0 Ja	0 Nein	0 nicht bekannt
24. Haben Sie jemals einen Unfall im Kiefer,- Gesichts- oder Zahnbereich gehabt?	0 Ja	0 Nein	0 nicht bekannt
25. Sind Sie allergisch gegen bestimmte Medikamente oder Stoffe wie: Nickel, Chrom Kunststoffe, Latex, braunes Pflaster, Pollen, Hausstaub o.ä.?: _____	0 Ja	0 Nein	0 nicht bekannt
26. Besitzen Sie einen Allergiepass?	0 Ja	0 Nein	0 nicht bekannt
27. Sind Sie schwanger?	0 Ja	0 Nein	0 nicht bekannt
28. Rauchen Sie und/oder trinken Sie Alkohol und/oder nehmen Sie Drogen?	0 Ja	0 Nein	0 nicht bekannt
29. Treiben Sie regelmäßig Sport? Wenn ja, welchen? _____	0 Ja	0 Nein	0 nicht bekannt
30. Haben sie festsitzenden oder herausnehmbaren Zahnersatz?	0 Ja	0 Nein	0 nicht bekannt
31. Hatten oder haben Sie folgende Erkrankungen?			
Syndromale Erkrankungen (z.B. LKG Spalten)	0 Ja	0 Nein	0 nicht bekannt
Rheumatisches Fieber	0 Ja	0 Nein	0 nicht bekannt
Herz (z.B. Infarkt, Herzmuskelentzündung)	0 Ja	0 Nein	0 nicht bekannt
Kreislauf (z.B. Bluthochdruck, Durchblutungsstörung, Schlaganfall)	0 Ja	0 Nein	0 nicht bekannt
Lunge (Asthma, Bronchitis)	0 Ja	0 Nein	0 nicht bekannt
Magen/Darm, Niere, Blase	0 Ja	0 Nein	0 nicht bekannt
Leber (z.B. Gelbsucht)	0 Ja	0 Nein	0 nicht bekannt
Bewegungsapparat (z.B. Rheuma)	0 Ja	0 Nein	0 nicht bekannt
Zentralnervensystem (z.B. Epilepsie)	0 Ja	0 Nein	0 nicht bekannt
Vegetatives Nervensystem (Kopfschmerzen, Migräne)	0 Ja	0 Nein	0 nicht bekannt
Stoffwechsel (Zuckerkrankheit, Gicht)	0 Ja	0 Nein	0 nicht bekannt
Knochen-Stoffwechsel (Osteoporose, Bisphosphonate)	0 Ja	0 Nein	0 nicht bekannt
Schilddrüse (Über- oder Unterfunktion)	0 Ja	0 Nein	0 nicht bekannt
Erkrankung des blutbildenden Systems (z.B. Blutarmut/Bluter/Eisenmangel)	0 Ja	0 Nein	0 nicht bekannt
Tuberkulose	0 Ja	0 Nein	0 nicht bekannt
Hepatitis	0 Ja	0 Nein	0 nicht bekannt
HIV (AIDS)	0 Ja	0 Nein	0 nicht bekannt
Hautkrankheiten (z.B. Herpes o.ä.)	0 Ja	0 Nein	0 nicht bekannt
Geschlechtskrankheiten	0 Ja	0 Nein	0 nicht bekannt
Augen (z.B. grauer, grüner Star)	0 Ja	0 Nein	0 nicht bekannt
Krebs, Tumor oder andere Geschwülste	0 Ja	0 Nein	0 nicht bekannt
Frühere Operationen	0 Ja	0 Nein	0 nicht bekannt
Andere Erkrankungen, wenn ja welche: _____	0 Ja	0 Nein	0 nicht bekannt

Wurden Sie in letzter Zeit geröntgt? Wenn ja, was, wann und wo: \_\_\_\_\_

**Bitte teilen Sie uns umgehend Änderungen des Gesundheitszustandes mit!**

Marburg, den

Unterschrift des Patienten:

KO NR:



UNIVERSITÄTSKLINIKUM  
GIESSEN UND MARBURG

Standort Marburg  
Klinik für Kieferorthopädie

Direktorin:  
Univ.-Prof. Dr. H. Korbmacher-Steiner

## Gesundheitsfragebogen für Kinder/Jugendliche

Herzlich Willkommen in unserer Poliklinik! Dieser Fragebogen enthält wichtige Informationen für den behandelnden Arzt. Er verbleibt vertraulich unter der ärztlichen Schweigepflicht bei den Akten. Bitte beantworten Sie die nachstehenden Fragen in Ihrem Interesse genau und besprechen Sie offenstehende Themen mit Ihrem behandelnden Arzt **vor** dem Untersuchungsbeginn.

Überweisung von: \_\_\_\_\_

Eigeninitiative (was stört?): \_\_\_\_\_

Zahnarzt (Name, Adresse) \_\_\_\_\_

Kinderarzt/Hausarzt (Name, Adresse) \_\_\_\_\_

Frühere KFO Behandlung?

Wenn ja, ca. von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ 0 abgeschlossen 0 abgebrochen

bei (Name, Adresse, Tel.): \_\_\_\_\_

- |   |      |        |                 |
|---|------|--------|-----------------|
| 1. Ist Ihr Kind mit dem Aussehen seiner Zähne unzufrieden?  | 0 Ja | 0 Nein | 0 nicht bekannt |
| 2. Sind Sie mit dem Aussehen der Zähne Ihres Kindes unzufrieden?  | 0 Ja | 0 Nein | 0 nicht bekannt |
| 3. Sind in Ihrer Familie ähnliche Fehlstellungen bekannt? Wenn ja bei wem: _____  | 0 Ja | 0 Nein | 0 nicht bekannt |
| 4. Treibt ihr Kind regelmäßig Sport?<br>Wenn ja, welche Sportart? _____   | 0 Ja | 0 Nein | 0 nicht bekannt |
| 5. Gab es Komplikationen beim Geburtsverlauf ?  | 0 Ja | 0 Nein | 0 nicht bekannt |
| 6. Wurde Ihr Kind gestillt?   | 0 Ja | 0 Nein | 0 nicht bekannt |
| 7. Wird Ihr Kind zurzeit ärztlich behandelt?  | 0 Ja | 0 Nein | 0 nicht bekannt |
| 8. Nimmt Ihr Kind zur Zeit oder hat Ihr Kind in den letzten Monaten Medikamente genommen? Wenn ja welche _____                              | 0 Ja | 0 Nein | 0 nicht bekannt |
| 9. Nimmt ihr Kind Nahrungsergänzungsmittel? Wenn ja, welche _____   | 0 Ja | 0 Nein | 0 nicht bekannt |
| 10. Ist Ihr Kind jemals ernsthaft krank gewesen oder hatte einen chirurgischen Eingriff?  | 0 Ja | 0 Nein | 0 nicht bekannt |
| 11. Brauchen Sie vor einem ärztlichen Eingriff eine Prämedikation (z.B. Endokarditisprophylaxe)?  | 0 Ja | 0 Nein | 0 nicht bekannt |
| 12. Hat Ihr Kind Schwierigkeiten beim Kauen oder bei großer Mundöffnung?  | 0 Ja | 0 Nein | 0 nicht bekannt |
| 13. Hat Ihr Kind einmal pro Woche oder häufiger Schmerzen im Bereich der Schläfen, des Gesichts, der Kiefergelenke oder des Kiefers?        | 0 Ja | 0 Nein | 0 nicht bekannt |
| 14. Hat Ihr Kind einmal pro Woche oder häufiger Schmerzen bei der Mundöffnung oder beim Kauen?  | 0 Ja | 0 Nein | 0 nicht bekannt |
| 15. Hat Ihr Kind häufiger Zahnschmerzen?  | 0 Ja | 0 Nein | 0 nicht bekannt |
| 16. Sind bei Ihrem Kind ein verfrühter Zahnverlust oder Nichtanlagen bekannt?   | 0 Ja | 0 Nein | 0 nicht bekannt |
| 17. Hat/hatte Ihr Kind Angewohnheiten wie Lutschen, Beißen auf Unterlippe und Zunge, Zungenpressen, Lippensaugen, Schluckgewohnheiten o.ä.? | 0 Ja | 0 Nein | 0 nicht bekannt |
| 18. Gibt es bei Ihrem Kind Sprachauffälligkeiten, oder wurde jemals eine logopädische Therapie durchgeführt? Wenn ja, wann _____            | 0 Ja | 0 Nein | 0 nicht bekannt |
| 19. Hat ihr Kind schon mal Schmerzen, Reiben oder Knacken in den Kiefergelenken gehabt?   | 0 Ja | 0 Nein | 0 nicht bekannt |
| 20. Atmet Ihr Kind hauptsächlich durch den Mund?  | 0 Ja | 0 Nein | 0 nicht bekannt |
| 21. Schnarcht Ihr Kind mehr als 3 Nächte in der Woche?  | 0 Ja | 0 Nein | 0 nicht bekannt |
| 22. Sind bei Ihrem Kind die Mandeln oder Polypen entfernt worden?, wenn ja wann? _____  | 0 Ja | 0 Nein | 0 nicht bekannt |
| 23. Hat ihr Kind jemals einen Unfall im Kiefer,- Gesichts- oder Zahnbereich gehabt?   | 0 Ja | 0 Nein | 0 nicht bekannt |

24. Ist Ihr Kind allergisch gegen bestimmte Medikamente oder Stoffe wie: Nickel, Chrom Kunststoffe, Latex, braunes Pflaster, Pollen, Hausstaub o.ä.: _____	0 Ja	0 Nein	0 nicht bekannt
25. Besitz Ihr Kind einen Allergiepass?	0 Ja	0 Nein	0 nicht bekannt
26. Nur bei Mädchen: Ist Ihre Tochter schwanger?	0 Ja	0 Nein	0 nicht bekannt
27. Nur bei Mädchen: Hat Ihre Tochter schon die erste Regelblutung gehabt? Wenn ja, seit wann _____	0 Ja	0 Nein	0 nicht bekannt
28. Nur bei Jungen: Ist/war Ihr Sohn schon im Stimmbruch? Wenn ja, seit wann _____	0 Ja	0 Nein	0 nicht bekannt
29. Hat Ihr Kind folgende Erkrankungen?			
Syndromale Erkrankungen (z.B. LKG Spalten)	0 Ja	0 Nein	0 nicht bekannt
Rheumatisches Fieber	0 Ja	0 Nein	0 nicht bekannt
Herz (z.B. Herzmuskelentzündung)	0 Ja	0 Nein	0 nicht bekannt
Kreislauf (z.B. Bluthochdruck, Durchblutungsstörung)	0 Ja	0 Nein	0 nicht bekannt
Lunge (Asthma, Bronchitis)	0 Ja	0 Nein	0 nicht bekannt
Magen/ Darm, Niere, Blase	0 Ja	0 Nein	0 nicht bekannt
Leber	0 Ja	0 Nein	0 nicht bekannt
Bewegungsapparat (z.B. Rheuma)	0 Ja	0 Nein	0 nicht bekannt
Zentralnervensystem (z.B. Epilepsie)	0 Ja	0 Nein	0 nicht bekannt
Vegetatives Nervensystem (Kopfschmerzen, Migräne)	0 Ja	0 Nein	0 nicht bekannt
Stoffwechsel (Zuckerkrankheit, Gicht)	0 Ja	0 Nein	0 nicht bekannt
Schilddrüse (Über- oder Unterfunktion)	0 Ja	0 Nein	0 nicht bekannt
Erkrankung des blutbildenden Systems (z.B. Blutarmut/ Bluter/ Eisenmangel)	0 Ja	0 Nein	0 nicht bekannt
Tuberkulose	0 Ja	0 Nein	0 nicht bekannt
Hepatitis	0 Ja	0 Nein	0 nicht bekannt
HIV (AIDS)	0 Ja	0 Nein	0 nicht bekannt
Hautkrankheiten (z.B. Herpes o.ä.)	0 Ja	0 Nein	0 nicht bekannt
Augen	0 Ja	0 Nein	0 nicht bekannt
HNO	0 Ja	0 Nein	0 nicht bekannt
Frühere Operationen	0 Ja	0 Nein	0 nicht bekannt
Andere Erkrankungen, wenn ja welche: _____	0 Ja	0 Nein	0 nicht bekannt
Wurde ihr Kind in letzter Zeit geröntgt? Wenn ja, was, wann und wo ----- ----- ----- -----	0 Ja	0 Nein	0 nicht bekannt

**Bitte teilen Sie uns umgehend Änderungen des Gesundheitszustandes Ihres Kindes mit!**

Marburg, den

\_\_\_\_\_

1. Erziehungsberechtigte(r)

NAME, VORNAME DES VERSICHERTEN

GEB. AM

VERSICHERUNGS-NR.

DATUM



bündingent

## EINWILLIGUNG ZUR EXTERNEN ABRECHNUNG

### PRAXISDATEN

Univ.-Prof.Dr. H. Korbmacher-Steiner, Direktorin, Poliklinik für Kieferorthopädie, Georg-Voigt-Str. 3, 35039 Marburg

### PATIENTENDATEN / DATEN DES VERSICHERTEN

Bitte nur ausfüllen, wenn nicht bereits im obigen Feld eingedruckt.

NAME

STRASSE | HAUSNUMMER

VORNAME

PLZ | ORT

GEBURTSDATUM

KRANKENKASSE / KOSTENTRÄGER

### GESETZLICHER VERTRETER

NAME

STRASSE | HAUSNUMMER

VORNAME

PLZ | ORT

GEBURTSDATUM

### PATIENTENEINWILLIGUNG

Ich erkläre mich einverstanden mit der Datenweitergabe unter den in der Patienteninformation genannten Bedingungen sowie mit der Abtretung der sich aus der Behandlung ergebenden Forderungen an die Ärztliche Verrechnungsstelle Bündingen GmbH - Ärztliche Gemeinschaftseinrichtung.

Ich entbinde meine Zahnärztin / meinen Zahnarzt von ihrer / seiner ärztlichen Schweigepflicht, soweit dies für die Abrechnung und Geltendmachung der Forderungen erforderlich ist. Eine Kopie dieser Einwilligung habe ich nach Unterzeichnung erhalten. Die Patienteninformation wurde mir vor Unterzeichnung ausgehändigt. Ich habe sie gelesen, verstanden und bestätige den Erhalt mit meiner Unterschrift.

ORT | DATUM

UNTERSCHRIFT DES PATIENTEN / UNTERSCHRIFT DES GESETZLICHEN VERTRETERS\*

\*Ist bei Minderjährigen nur die Unterschrift eines Erziehungsberechtigten vorhanden, so sichert dieser ausdrücklich zu, dass die Einwilligung des zweiten Erziehungsberechtigten ebenfalls vorliegt.

**BÜDINGEN DENT**

Ärztliche Verrechnungsstelle  
Bündingen GmbH  
Gymnasiumstraße 18-20  
63654 Bündingen

T 06042 882-335  
F 06042 882-260  
service@buedingen-dent.de  
www.buedingen-dent.de

Einwilligung Dent  
PE BoSch Rev 8.1B



## Persönliche Daten

Patient	geboren:
Versicherter	geboren:
Adresse	
E-Mail	
Tel.Nr.	Mobil Nr.

## Informationen zum Datenschutz

Ich nehme zur Kenntnis, dass die allgemeinen Datenschutzbestimmungen des Klinikums an der Anmeldung der Poliklinik für Kieferorthopädie ausliegen und dass aufgrund der baulichen Gegebenheiten im Behandlungssaal der Poliklinik der Datenschutz nicht vollständig gewährleistet werden kann.

Aufgrund unterschiedlicher Behandler und Behandlungsanforderungen können unterschiedliche Wartezeiten entstehen.

Ich stimme einer postalischen Terminübermittlung zu.  Ja  Nein  
Ich möchte den kostenlosen Service der Terminerinnerung nutzen (oben angeführten E-Mail Adresse)  Ja  Nein  
Ich stimme einer schriftlichen Mitteilung des Befundes (Arztbrief) an meine involvierten Ärzte zu.  Ja  Nein  
Ich stimme einer digitalen Übermittlung der Befunde zu.  Ja  Nein

## Anfertigung von Röntgenbildern bei Minderjährigen

Im Laufe der kieferorthopädischen Behandlung werden Röntgenaufnahmen erforderlich sein (Indikation hierbei muss immer eine mögliche therapeutische Konsequenz besitzen).

Ich stimme hiermit der Anfertigung eines Röntgenbildes bei meiner Tochter / bei meinem Sohn auch ohne meine persönliche Anwesenheit zu.  Ja  Nein

## Einverständniserklärung zur Anwendung von den Fluorid - Präparaten :

Fluoridierungsmaßnahmen zielen darauf ab, eine möglichst optimale Kariesprävention zu erreichen. Grundsätzlich ist es für eine gute kariesprophylaktische Wirkung der Fluoride notwendig, diese regelmäßig anzuwenden.

Auf Grund der lokalen Anwendung gelangen nur kleine Mengen Fluorid in den Mund des Patienten. In seltensten Fällen sind Überempfindlichkeiten oder allergische Reaktionen möglich.

Ich stimme einer Fluoridierung zu.  Ja  Nein

## Schweigepflichtentbindung

Hiermit entbinde ich Frau Prof. Dr. H. Korbmacher-Steiner und Ihre Mitarbeiter/-innen der Poliklinik für Kieferorthopädie der ärztlichen Schweigepflicht soweit dies im Zusammenhang mit der aktuellen zahnärztlichen Behandlung und mit dem sich daraus ergebenden Informationsbedarf der Erstattungsstellen (Krankenkasse, Gutachter, Büdingen etc.) steht

(§ 3 Abs. 4 Nr. 3 des Bundesdatenschutzgesetzes).  Ja  Nein

## Einwilligungserklärung zur Nutzung persönlicher Daten im Rahmen von Forschung und Lehre

Die Poliklinik für Kieferorthopädie gehört zu dem Universitätskrankenhaus Marburg, in dem Studierende der Zahnmedizin ausgebildet werden. Wir bitten Sie, Ihre klinischen Daten nach Anonymisierung und Herstellung von Unkenntlichkeit der extraoralen Fotos im Rahmen der Aus- und Weiterbildung sowie für wissenschaftliche Publikationen nutzen zu dürfen. Nur so können wir mit Ihrer Hilfe die Qualität der zukünftigen Zahn- und Fachzahnärzte gewährleisten.  Ja  Nein

Hiermit bestätige ich alle oben aufgeführten Angaben

Marburg, den

1.Erziehungsberechtigter

2.Erziehungsberechtigter

Pat. ab 14. Lebensjahr