

# Herzlich willkommen!



Lachen ist Leben.



**Top-Qualität**  
TÜV-zertifiziert nach  
DIN EN ISO 9001:2000

**Wir sind für Sie da.**

# Sehr geehrte Patientinnen und Patienten, sehr geehrte Eltern, liebe Kinder,

zur Vereinfachung der Therapieplanung bitten wir Sie diesen Fragebogen über Sie nach bestem Wissen auszufüllen.

Die folgenden Angaben fallen selbstverständlich unter die ärztliche Schweigepflicht. Teilen Sie unserer Praxis bitte auch künftig Änderungen Ihres Gesundheitszustandes und Ihrer Adresse mit!

Bitte zutreffendes ankreuzen. Es sind mehrere Antworten möglich.

## ■ Ich bin /mein Kind ist

- pflichtversichert
- freiwillig versichert
- privat Zusatzversichert
- privat versichert im Basistarif
- beihilfeberechtigt
- beihilfeberechtigt und privat Zusatzversichert
- privat vollversichert
- Selbstzahler

## ■ Zahlungspflichtiger:

Vorname, Name: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
Strasse, Nr.: \_\_\_\_\_  
Postleitzahl: \_\_\_\_\_  
Arbeitgeber: \_\_\_\_\_  
Telefon privat: \_\_\_\_\_  
Telefon mobil: \_\_\_\_\_  
E-Mail: \_\_\_\_\_

## ■ Name des Hausarztes / Kinderarztes:

\_\_\_\_\_

## ■ Name des Zahnarztes:

\_\_\_\_\_

## ■ Wie haben Sie von uns gehört?

- Zahnarzt
- sonstiger Arzt / Therapeut
- Patient
- Praxisschild
- Zeitung
- Branchenbuch / Telefonbuch
- Internet
- Empfehlung durch \_\_\_\_\_

## ■ Haben Sie / hat Ihr Kind eine der folgenden Krankheiten?

- |   |                             |                               |                    |
|---|-----------------------------|-------------------------------|--------------------|
| Asthma (schwere Atemnot)                        | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |                    |
| Allergische Reaktionen, wie Heuschnupfen        | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | ggf. welche? _____ |
| Unverträglichkeit von Medikamenten              | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | ggf. welche? _____ |
| Herz- / Lungenerkrankung                        | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | ggf. welche? _____ |
| Angeborene Erkrankungen/ Fehlbildungen          | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | ggf. welche? _____ |
| Zuckerkrankheit                                 | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |                    |
| Rheuma  | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |                    |
| Blutgerinnungsstörungen                         | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |                    |
| Infektionskrankheiten (HIV, Hepatitis, TBC,...) | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | ggf. welche? _____ |
| Schilddrüsenerkrankungen                        | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |                    |
| Sonstige Angaben / andere Krankheiten           | _____                       |                               |                    |

## ■ Allgemeine Fragen:

- Besteht eine Schwangerschaft?  ja  nein
- Raucher?  ja  nein
- Wann war die letzte Röntgenuntersuchung der Zähne? \_\_\_\_\_

## ■ Mein Hauptanliegen ist:

- Erstberatung  Zweitmeinung

■ **Spezielle kieferorthopädische Fragen:**

Gab es einen Unfall mit Beteiligung der Zähne oder der Kiefer?  ja  nein  
⇒ im \_\_\_\_\_ Lebensjahr    ⇒ Therapie: \_\_\_\_\_

War / ist eine Behandlung beim Hals-Nasen-Ohrenarzt nötig?  ja  nein  
⇒ weswegen? \_\_\_\_\_  
⇒ Wurden die Polypen entfernt?  ja  nein  
⇒ Wurden die Mandeln entfernt?  ja  nein  
⇒ Name des Arztes: \_\_\_\_\_

Die Atmung erfolgt normalerweise durch:       Mund       Nase

Ist die Nasenatmung erschwert?  ja  nein

Wurde Schnarchen beobachtet?  ja  nein

Wurde Knirschen beobachtet?  ja  nein

Beschwerden im Bereich der Kiefergelenke / Kaumuskulatur / Kopfschmerzen?  ja  nein

Hat bereits eine kieferorthopädische Beratung / Behandlung stattgefunden?  ja  nein  
⇒ wann? \_\_\_\_\_ Name des Arztes: \_\_\_\_\_

Wurde Sprachtherapie / Logopädie durchgeführt?  ja  nein  
⇒ In welchem Alter und wie lange? : \_\_\_\_\_  
⇒ Name des Therapeuten: \_\_\_\_\_

War / ist Krankengymnastik nötig?  ja  nein  
⇒ weswegen? \_\_\_\_\_  
⇒ Name des Therapeuten: \_\_\_\_\_

Wurden Schuh-Einlagen verordnet?  ja  nein  
⇒ rechts  links   
⇒ Name des Arztes: \_\_\_\_\_

Wird eine Sportart betrieben?  ja  nein  
⇒ welche? \_\_\_\_\_

Wird ein Musikinstrument gespielt?  ja  nein  
⇒ welches? \_\_\_\_\_

Liegen oder lagen schädliche Angewohnheiten vor?  
 Fingernägelkauen     Fingerlutschen     Daumenlutschen     Schnuller nach dem 3. Lebensjahr

■ **Was erwarten Sie von einer kieferorthopädischen Behandlung?**

- gerade ausgerichtete Zähne?     längere Lebensdauer der Zähne     besseres Kauvermögen
- besseres Aussehen     besseres Sprechvermögen     Beseitigung von Schmerzen

■ **Was stört Sie an der Zahn- / Kieferstellung am meisten?** \_\_\_\_\_

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben.  
Änderungen werde ich unverzüglich mitteilen. Die Anamnese wurde mit dem Arzt besprochen.

Kempen, \_\_\_\_\_

Unterschrift des Patienten / Erziehungsberechtigten

## Liebe Patientinnen und Patienten, sehr geehrte Eltern,

wir freuen uns, Sie zu Ihrem Erstberatungstermin in unserer TÜV-zertifizierten Facharztpraxis begrüßen zu können.

Vielen Dank, dass Sie sich einen Moment Zeit genommen haben, den ausgehändigten Erstbefragungsbogen zu lesen und so genau wie möglich auszufüllen. Alle Fragen werden gleich noch einmal ausführlich mit Ihnen besprochen. Unser Ziel ist es, Ihnen/Ihrem Kind klare und verständliche Informationen nach neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen an die Hand zu geben, mit deren Hilfe Sie die bestmögliche individuelle Behandlung auswählen können.

### ■ Informationen zur Kieferorthopädie

Nach heutiger Lehrmeinung darf die Stellung der Zähne nicht mehr isoliert betrachtet werden. Vielmehr sollen ganzheitliche Gesichtspunkte wie die Vorbeugung von Erkrankungen sowie Funktion und Funktionsstörungen verstärkt Berücksichtigung finden. Deshalb ist es empfehlenswert, neben den Zähnen die Kiefergelenke, Kopfgelenke und Halswirbelsäule sowie führen je nach Ausgangsbefund bakteriologische Tests zur Bestimmung des Parodontitis- und Kariesrisikos durch. Dies hilft uns dabei, Sie umfassend beraten und individuell aufklären zu können, sowie die beste Therapie, zugeschnitten auf Sie/ Ihr Kind, anbieten zu können. Unsere ausführliche Dokumentation der Befunde ermöglicht jederzeit eine Darstellung der bereits erreichten Verbesserungen und optimiert zudem die Zusammenarbeit mit Ihren weiteren Ärzten. Hierbei kommen neueste Technologien wie intraorale Kameras und das besonders strahlungsarme digitale Röntgen zum Einsatz.

#### Fachübergreifende Zusammenhänge der Kieferorthopädie:

- unbehandelte Engstände der Zähne sowie falsch liegende Kontaktpunkte zwischen den Zähnen begünstigen die *Entstehung von Karies*
- unentdeckte *Parodontitis* (früher Parodontose) verstärkt sich während kieferorthopädischer Behandlung durch die Zahnbewegung an sich sowie die Reinigungsproblematik z.B. bei festen Zahnspangen. Parodontitis steht nachweislich mit *Herzerkrankungen, Diabetes und Frühgeburten* in Verbindung
- bestimmte falsche Kieferlagen führen unentdeckt zur Überlastung der Kiefergelenke mit Symptomen wie *Gelenkblockaden, Kopfschmerzen und Verspannungen*
- unentdeckte Störungen der Kopfgelenke/Halswirbelsäule können zu Asymmetrien der Kiefer und des gesamten Gesichtes sowie zu weiterreichenden Symptomen wie z.B. *ADS/ADHS* führen (auch bekannt als *KISS-/KIDD-Syndrom*)
- hypotone (schlaffe) Hals-/Nackmuskulatur führt zunächst zu Fehlhaltungen, die, je länger sie unentdeckt bestehen, sich zu Fehlstellungen der Kiefer entwickeln können. Weitere Symptome sind *Mundatmung*, häufige *Infekte* des Rachenraumes sowie *Schnarchen* und *obstruktive Schlafapnoe*.

## ■ **Umfassende und ganzheitliche Diagnostik**

Aus diesen Gründen führen wir grundsätzlich eine „**manuelle Funktionsprüfung der Kiefergelenke, Kopfgelenke und Halswirbelsäule**“ (nach §2 Abs.3 GOZ; EUR 19,50) durch. Diese Leistung wird leider nicht von den gesetzlichen Krankenkassen erstattet.

Weiterhin werden wir Ihnen möglicherweise weitere Maßnahmen zur Früherkennung der oben beschriebenen Erkrankungen anbieten. Diese werden dann jedoch selbstverständlich vor der Durchführung je nach Ausgangsbefund und notwendiger Leistung mit Ihnen besprochen.

**Ich wünsche ausdrücklich nicht die Durchführung der oben angeführten Maßnahme**

Ich erkläre hiermit ausdrücklich, dass ich die Behandler wegen der Ihnen fehlenden Informationen nicht für unvorhersehbare Überlastungen des Kausystems bedingt durch die geplanten Behandlungsmaßnahmen verantwortlich machen werde.

## ■ **Wir forschen, Sie profitieren**

Um während der praktischen Arbeit stets auf dem neuesten Stand der Wissenschaft zu bleiben, sind wir intensiv in verschiedene Forschungsprojekte eingebunden. Im Rahmen von Doktorarbeiten werden bestehende Behandlungsmethoden nicht nur auf Ihre Wirksamkeit, sondern vor allem auch auf Ihre Akzeptanz durch Patienten untersucht.

D. h., wir fragen nicht nur: funktioniert diese Methode? Wir fragen auch: Möchte der Patient diese Massnahme überhaupt durchführen lassen? Dies ist ein neuer Forschungsansatz. Denn eines ist bereits jetzt sicher: ein motiviert mitarbeitender Patient kann auch erfolgreicher behandelt werden.

Auf der Basis unserer Untersuchungen können wir die **Behandlungsqualität** weltweit verbessern.

Die Praxis Prof. Dr. Baxmann kooperiert in diesem Zusammenhang mit den **Universitäten Bonn, London und Sevilla**.

Um diese Aktivitäten für Sie und Ihre Kinder durchführen zu können erbitten wir Ihr Einverständnis.

**Ich bin damit einverstanden**, dass im Rahmen wissenschaftlicher Untersuchungen über mich/mein Kind erhobene

Krankheitsdaten sowie meine sonstigen mit dieser Untersuchung zusammenhängenden personenbezogenen Daten aufgezeichnet werden können. Es wird gewährleistet, dass meine personenbezogenen Daten nicht an Dritte weitergegeben werden.

Bei der Veröffentlichung in einer wissenschaftlichen Zeitung wird aus den Daten nicht hervorgehen, wer an dieser Untersuchung teilgenommen hat. Meine persönlichen Daten unterliegen dem Datenschutzgesetz und werden entsprechend unkenntlich gemacht.

**Ich bin ausdrücklich nicht einverstanden.**

**Ich habe die Informationen vollständig gelesen und verstanden.**

**Kempen,** \_\_\_\_\_

Unterschrift des Erziehungsberechtigten / Zahlungspflichtigen

**Bei weiteren Fragen sprechen Sie uns bitte an!**  
Wir wollen, dass Sie sich in unserer Praxis wohlfühlen.

Herzlichst, Ihr

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Baxmann', with a long horizontal flourish extending to the right.

Prof. Dr. Martin Baxmann  
Facharzt für Kieferorthopädie