

Anmeldung zur kieferorthopädischen Beratung

Liebe Patientin, lieber Patient,

bevor wir uns in Ruhe über Ihre kieferorthopädischen Wünsche oder Sorgen Ihres Kindes unterhalten, benötigen wir neben den Personalien auch Auskünfte über den allgemeinen Zustand. Dies ist wichtig für eine adäquate und risikofreie Behandlung.

Wir benötigen Ihre Angaben, um Ihr Kind individuell und sicher behandeln zu können. Das genaue Ausfüllen gibt Ihnen die bestmögliche Sicherheit, da Krankheiten aller Art Auswirkungen auf die Behandlung haben können.

Selbstverständlich unterliegen Ihre Angaben der ärztlichen Schweigepflicht und dem Datenschutz.

Personalien

Nachname des Patienten		Nachname des Versicherten	
Vorname des Patienten	Geburtsdatum	Vorname des Versicherten	Geburtsdatum
Straße, Hausnummer		Arbeitgeber	
PLZ, Ort		Vorname des Ehegatten	Geburtsdatum
Telefon		eMail	
Hauszahnarzt		Geschwister des Patienten in Behandlung	
Krankenkasse		sonstiges	
Überweisender Zahnarzt			
Hausarzt			

Gesundheitsfragen

	JA	NEIN
Hat Ihr Kind zu hohen oder niedrigen Blutdruck?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hat Ihr Kind eine Herz- und Gefäßkrankung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trägt Ihr Kind einen Herzschrittmacher?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leidet Ihr Kind an einer der nachstehend aufgeführten Erkrankung?		
Asthma/Lungenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzfehler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anfallsleiden (Epilepsie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tuberkulose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bluterkrankung/Blutungsneigung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leberleiden (Gelbsucht/Hepatitis)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rheuma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gelbsucht		
Nierenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zuckerkrankheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bitte informieren Sie uns auch über hier nicht aufgeführte Erkrankungen.

	JA	NEIN
Reagiert Ihr Kind überempfindlich auf bestimmte Substanzen oder Arzneien? wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind die Mandeln oder Polypen entfernt wurden? wenn ja, wann?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hat Ihr Kind bekannte Allergien? wenn ja, worauf?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Welche Medikamente nimmt Ihr Kind ein?		

Wann wurde Ihr Kind das letzte Mal geröntgt?
Datum: (Monat/Jahr)
Organ:

Atmet Ihr Kind durch den <input type="checkbox"/> Mund oder durch die <input type="checkbox"/> Nase?		
Schläft Ihr Kind mit offenem Mund?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hat Ihr Kind <input type="checkbox"/> Daumen, <input type="checkbox"/> Finger oder <input type="checkbox"/> Schnuller gelutscht? wenn ja, wie viele Stunden am Tag?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beißt Ihr Kind gewohnheitsmäßig auf <input type="checkbox"/> Zunge, <input type="checkbox"/> Lippe, <input type="checkbox"/> Nagel, <input type="checkbox"/> Bleistift oder <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Knirscht ihr Kind <input type="checkbox"/> am Tag oder <input type="checkbox"/> in der Nacht mit den Zähnen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hat Ihr Kind Schmerzen beim Kauen oder knackt das Kiefergelenk?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hat Ihr Kind Sprachfehler?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hat es einen Unterricht in Sprecherziehung besucht (Logopädie)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hat Ihr Kind einen Unfall erlitten, wobei Milchzähne oder bleibende Zähne beschädigt wurden oder verlorengegangen sind?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hat Ihr Kind schon einmal eine Spange getragen? Wenn ja, wann?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bitte Name und Adresse des Vorbehandlers angeben:		

Wurde ein anderes Familienmitglied wegen einer ähnlichen Zahn- und Kieferfehlstellung kieferorthopädisch behandelt? wenn ja, welches?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Welche Hobbies hat Ihr Kind (Musik, Sport)?		

Wer schickt Sie zu uns oder wie wurden Sie auf uns aufmerksam?

Was stört Sie/Ihr Kind an der jetzigen
Zahnstellung?

Wurde eine Therapie durch den Hals-Nasen-Ohrenarzt geplant oder durchgeführt?

Sonstige Bemerkungen

.....

Ort, Datum

Versicherter bzw. gesetzlicher Vertreter