



KIEFERORTHOPÄDIE AUF DER GEEST

HERZLICH WILLKOMMEN IN UNSERER PRAXIS

Bevor wir Ihre Anliegen besprechen, benötigen wir von Ihnen einige persönliche Informationen. Selbstverständlich unterliegen Ihre Angaben der ärztlichen Schweigepflicht.

PATIENTENDATEN

Vorname	Name	
Straße, Nr.	PLZ, Ort	
geboren am	in	Beruf
Tel. privat	Tel. mobil	
E-Mail	Tel. Arbeit	
Krankenkasse	Arbeitgeber	
Str. Arbeitgeb.	PLZ, Ort	

Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmittglied sind, wer ist versichertes Mitglied?

Vorname	Name			
Wie sind Sie versichert?	gesetzlich	pflichtversichert	freiwillig	mit Zahnzusatzversicherung
privat bei	Standard-Tarif	Basis-Tarif	als Student	
Sind Sie beihilfeberechtigt?	ja	nein		

VERSICHERTENDATEN (sofern diese von den Patientendaten abweichen)

Schicken Sie die Rechnung bitte an	Patienten	Versicherten
Versicherter	geboren am	
Straße, Nr.	PLZ, Ort	

GRUND DES BEHANDLUNGSWUNSCHES

Verbesserung der Kaufunktion , der Sprache , des Aussehens , auf Wunsch des Zahnarztes

IHR ZAHNARZT

Wenn bereits eine kieferorthopädische Beratung stattgefunden hat, wann und durch wen?

WIE SIND SIE AUF UNS AUFMERKSAM GEWORDEN?

Empfehlung durch Freunde/Familie meinen Zahnarzt Internet Anzeige zufällig gesehen

Harsefeld, den _____ Unterschrift



KIEFERORTHOPÄDIE AUF DER GEEST

GESUNDHEITSFragen BEI KINDERN

Bitte beantworten Sie die nachstehenden Fragen möglichst vollständig. (Zutreffendes bitte ankreuzen).

Selbstverständlich unterliegen alle Ihre Angaben der ärztlichen Schweigepflicht.

PATIENT

Vorname

Name

Waren oder sind andere Familienmitglieder (Vater, Mutter, ...) in kieferorthopädischer Behandlung? Nein Ja

Gab es größer chirurgische Eingriffe oder Unfälle in den letzten Jahren? Nein Ja

Wenn Ja, wann und welche?

BESTEHEN ALLERGIEN?

Nein Ja

gegen Pollen , Gräser , Gummi , Latex , Nickel , Chrom , Medikamente , Allergiepass vorhanden

NIMMT IHR KIND REGELMÄSSIG MEDIKAMENTE EIN?

Nein Ja

und zwar:

WELCHE (KINDER-)KRANKHEITEN HATTE IHR KIND?

Scharlach , Röteln , Diphtherie , Masern , Mumps , Hirnhautentzündung , Epilepsie , Rachitis ,
Asthma , Lungenentzündung , Heuschnupfen , Mittelohrentzündung , Hörprobleme , häufige Erkältungen ,
häufige Bläschen an der Mundschleimhaut (Apften) , Herpes , Diabetes , Nierenerkrankung , Rheuma ,
Herzleiden , Schilddrüsenerkrankung , Haltungsschäden , Blutgerinnungsstörung , wenn ja,
welche?

Ist Ihr Kind in ärztlicher Behandlung , wenn ja, weswegen?

WAR IHR KIND EINMAL BEI EINEM HALS-NASEN-OHRENARZT?

Nein Ja

Entfernung der Polypen (Wann?), Entfernung der Mandeln (Wann?)

Sonstige Behandlung?

VERSCHIEDENES

Atmet Ihr Kind normalerweise durch die Nase , erschwerte Nasenatmung , den Mund .

Schnarcht es? Nein Ja

Bestanden oder bestehen Erkrankungen der Kiefergelenke? Nein Ja

Ja: Probleme beim Kauen , Schmerzen beim Kauen , Muskelverspannungen im Kieferbereich , Gelenkgeräusche
(z.B. Knacken) , häufige Kopf- bzw. Nackenschmerzen , knirscht mit den Zähnen nachts , tagsüber

Hat Ihr Kind gelutscht? Nein Ja

Ja, am Daumen , Finger , Nuckel , Bettzipfel

und zwar bis zum 1. Lebensjahr , 3. Lebensjahr , 5. Lebensjahr , noch immer

Wurde bzw. wird Ihr Kind logopädisch behandelt (Sprechübungen)? Nein Ja