

Kinder

HERZLICH WILLKOMMEN IN UNSERER PRAXIS!

Bevor wir uns in Ruhe über Ihr kieferorthopädisches Anliegen unterhalten, benötigen wir neben den Personalien auch Auskünfte über den allgemeinen Gesundheitszustand Ihres Kindes. Dies ist wichtig für eine adäquate und risikofreie Behandlung. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dem Datenschutz.

PERSÖNLICHE DATEN

Patient (Kind)

Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

Kinder-/ Hausarzt: _____

Zahnarzt: _____

Krankenkasse: _____

Versicherungsart: gesetzlich versichert freiwillig versichert privat voll-versichert Beihilfe
 Basistarif einer privaten Versicherung Zusatzversicherung für Kieferorthopädie

Versicherter/ Erziehungsberechtigter

Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

Telefon/Handy: _____

E-Mail: _____

Beruf: _____ Arbeitgeber: _____

Rechnungsempfänger (soweit nicht Versicherter): _____

Dürfen wir von Ihrem Kind angefertigte Röntgenbilder zur Info an den behandelnden Zahnarzt/Chirurg per Mail senden? ja nein

ANAMNESE

Herz-Kreislaufkrankungen nein ja _____

Allergien (z.B. Medikamente, Nickel, Kunststoff, Latex) nein ja _____

Gelenkschmerzen (z.B. Rheuma, Arthritis) nein ja _____

Psychische/neurologische Erkrankungen nein ja _____

Epilepsie (Anfallsleiden) nein ja _____

Haltungsschäden (z.B. Skoliose, Beckenschiefstand) nein ja _____

Blutgerinnungsneigung/ Bluterkrankungen nein ja _____

Infektionskrankheiten (z.B. HIV, Hepatitis) nein ja _____

Asthma/Lungenerkrankungen nein ja _____

Ernährungsstörungen nein ja _____

Derzeitige Medikamente: _____

Normale Entwicklung des Kindes ja nein

Anmerkungen: _____

Gab es Unfälle mit Beteiligung der Zähne oder des Kiefers? ja nein

Wenn ja, welche/wann? _____

Gab es Operationen im Kopf-/Halsbereich (z.B. Entfernung der Mandeln/ Polypen?) ja nein

Wenn ja, welche/wann? _____

Sind Zahn-/ Kieferfehlstellungen in Ihrer Familie bekannt? ja nein

Wenn ja, welche? _____

War oder ist Ihr Kind in logopädischer Behandlung? ja nein

Wurde Ihr Kind in letzter Zeit im Bereich des Kopfes geröntgt? ja nein

In welchem Alter sind die ersten Milchzähne durchgebrochen? _____

Wird ein Musikinstrument gespielt? Wenn ja, welches? _____

Wird eine Sportart betrieben? Wenn ja, welche? _____

Lutscht oder lutschte Ihr Kind an: Daumen Schnuller Sonstiges Bis zu welchem Alter? _____

Menstruation (*Mädchen*) bzw. Stimmbruch (*Jungen*): noch nicht seit _____
(Diese Angabe benötigen wir zur Einschätzung des individuellen Kieferwachstums Ihres Kindes.)

Trifft einer oder treffen mehrere der folgenden Befunde auf Ihr Kind zu?

Knirschen/Zähnepressen Sprechfehler (z.B. *Lispeln*) Schnarchen Schlafen mit offenem Mund

gesteigerte Tagesmüdigkeit Stiftekauen/Nägelkauen/Lippenbeißen Beschwerden im Kiefergelenk

Kopfschmerzen/Verspannungen Häufige Erkältungskrankheiten (z.B. *Schnupfen, Bronchitis*)

War Ihr Kind schon einmal in kieferorthopädischer Behandlung? ja nein

Wenn ja, wo/wann? _____

Wurde die Behandlung abgebrochen? ja nein

Wurden bereits Unterlagen für eine kieferorthopädische Planung erstellt? ja nein

Was ist der Anlass Ihres Besuches in unserer Praxis?

aus eigenem Antrieb, weil: _____

auf Anraten/ Überweisung von: _____ Grund: _____

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden? _____

Ich bestätige hiermit die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner Angaben. Ich bin darüber informiert, dass in einem Behandlungsraum an mehr als an einer Behandlungseinheit behandelt wird, und stimme dem zu.

Datum, Unterschrift

Vielen Dank für die Beantwortung der Fragen!

Ihr Praxisteam Dr. Johannes Ziegler