

Patientenfragebogen Kinder

HERZLICH WILLKOMMEN IN UNSERER PRAXIS! Bevor wir uns über die kieferorthopädischen Wünsche Ihres Kindes unterhalten, benötigen wir neben der Personalien auch Auskünfte über den allgemeinen Gesundheitszustand. Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dienen ausschließlich dazu, die kieferorthopädische Therapie dem Gesundheitszustand anzupassen. Wir bitten Sie, die folgenden Fragen sorgfältig und gewissenhaft auszufüllen. Sollten Sie hierfür Hilfe benötigen, wenden Sie sich bitte an unser Praxisteam.

Patient

Name: Vorname: Geb. Datum:
 Straße: PLZ, Ort: Tel. Nr.:
 Krankenkasse: Zahnarzt: Mobil Eltern:
 E-Mail Eltern: Mobil Kind:.....

Versicherungsart: gesetzlich privat freiwillig Zusatzversicherung für KFO Beihilfe

Versicherter

Name: Vorname: Geb. Datum:
 Straße: PLZ, Ort: Tel. Nr.:
 Beruf: Mobil: E-Mail:.....
 Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

Anamnese – zutreffendes bitte ankreuzen!

	ja	nein
Ist Ihr Kind schon einmal kieferorthopädisch behandelt worden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Waren oder sind Geschwister in kieferorthopädischer Behandlung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Besteht hauptsächlich Mundatmung, Zähneknirschen, Zähne pressen, Zungenpressen, Lutschangewohnheiten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist Ihr Kind in logopädischer Behandlung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Besteht ein Sprachfehler (z. B. Lispeln) oder wurde bereits eine logopädische Behandlung durchgeführt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
War Ihr Kind in Behandlung bei einem Hals-Nasen-Ohrenarzt (Mandeln, Polypen)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist Ihr Kind wegen einer allgemeinmedizinischen Erkrankung (z.B. Herz, Leber, Niere, Blutgerinnungsstörungen, Allergien, Asthma, Diabetes) oder einer Infektionskrankheit (Hepatitis) in ärztlicher Behandlung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja, welche:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gab es Verletzungen/Unfälle im Mund- Kieferbereich?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wurde Ihr Kind innerhalb der letzten 6 Monate am Kopf- Kieferbereich geröntgt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wurden Ihr Kind generell innerhalb der letzten 6 Monate geröntgt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bei Mädchen: Besteht eine Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bin einverstanden mit der Durchführung der notwendigen Röntgenaufnahmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bin mit der Erstellung der notwendigen Unterlagen und der Erstellung/ Übernahme des kieferorthopädischen Behandlungsplanes für die weitere Behandlung einverstanden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Unterschrift des Patienten / Erziehungsberechtigten

Ich bin mit der Speicherung meiner Daten einverstanden und das sie bei Bedarf an einen weiteren behandelnden Arzt weitergeleitet werden. Bitte teilen Sie uns mit, falls sich an den o.g. Angaben etwas ändert.