

Willkommen in unserer Praxis!

Wir freuen uns, dass Sie uns Ihr Lächeln anvertrauen!

Unser Ziel ist es, Ihnen/Ihrem Kind eine bestmögliche und individuelle Behandlung anzubieten. Deshalb möchten wir Sie bitten, sich einen Moment Zeit zu nehmen, diesen Fragebogen sorgfältig zu lesen und so genau wie möglich auszufüllen. Gerne besprechen wir die wesentlichen Fragen und Antworten gleich noch einmal ausführlich mit Ihnen.

Die folgenden Angaben dienen ausschließlich der Optimierung Ihrer Behandlung. Deshalb möchten wir Sie bitten auch künftige Änderungen Ihres Gesundheitszustandes bzw. den Ihres Kindes und Ihrer Anschrift mitzuteilen.

Selbstverständlich unterliegen Ihre Angaben der ärztlichen Schweigepflicht.

## KONTAKTDATEN DES PATIENTEN

Name, Vorname \_\_\_\_\_ Geb. Datum \_\_\_\_\_  m  w  
Straße \_\_\_\_\_ Geb. Ort \_\_\_\_\_  
PLZ/Ort \_\_\_\_\_  
Tel. privat \_\_\_\_\_ Mobil \_\_\_\_\_  
E-Mail \_\_\_\_\_  
Name des Hauptversicherten \_\_\_\_\_  
Leben die Eltern  gemeinsam  getrennt Wer ist der Erziehungsberechtigte des Kindes? \_\_\_\_\_

## KONTAKTDATEN DER MUTTER (BEI MINDERJÄHRIGEN PATIENTEN)

Name, Vorname \_\_\_\_\_ Geb. Datum \_\_\_\_\_  
Straße \_\_\_\_\_  
PLZ/Ort \_\_\_\_\_  
Tel. privat \_\_\_\_\_ Mobil \_\_\_\_\_  
E-Mail \_\_\_\_\_

## KONTAKTDATEN DES VATERS (BEI MINDERJÄHRIGEN PATIENTEN)

Name, Vorname \_\_\_\_\_ Geb. Datum \_\_\_\_\_  
Straße \_\_\_\_\_  
PLZ/Ort \_\_\_\_\_  
Tel. privat \_\_\_\_\_ Mobil \_\_\_\_\_  
E-Mail \_\_\_\_\_  
Rechnungsempfänger  Vater  Mutter  Patient

## Name der Krankenkasse

Art der Versicherung  gesetzlich  privat  Beihilfe

Wer ist der behandelnde Zahnarzt? \_\_\_\_\_  
Ort \_\_\_\_\_

## Anlass der kieferorthopädischen Beratung

funktionelle Gründe  Überweisung durch Zahnarzt  auf Wunsch des Patienten  der Mutter  des Vaters  
 aus ästhetischen Gründen

Wurden Sie schon einmal kieferorthopädisch beraten?  Ja  Nein

Von wem bzw. wo? \_\_\_\_\_

Befinden/Befanden Sie bzw. Ihr Kind sich bereits in einer KFO-Behandlung  Ja  Nein

oder wurde eine solche Behandlung bereits geplant? Bei bzw. von wem? \_\_\_\_\_

Wurde die Behandlung regulär zu Ende geführt? \_\_\_\_\_

Wurden bereits Röntgenbilder der Zähne und/oder des Kopfes angefertigt?  Ja  Nein

Wann und von wem wurden die Röntgenaufnahmen angefertigt? \_\_\_\_\_

Wurden bereits Zahnmodelle angefertigt?  Ja  Nein

Sind oder waren Geschwister in kieferorthopädischer Behandlung?  Ja  Nein

Spielen Sie/Ihr Kind ein Blasinstrument?  Ja  Nein

Wird eine Sportart betrieben? Welche \_\_\_\_\_

Fand eine Behandlung durch einen HNO-Arzt statt?  Ja  Nein

Wurden  Mandeln  Polypen entfernt?

## BESTEHENDE KRANKHEITEN

Herz/Kreislauf	<input type="checkbox"/> Herzfehler	<input type="checkbox"/> Herzinfarkt	<input type="checkbox"/> Blutdruck
Atemwege/Lunge	<input type="checkbox"/> Asthma	<input type="checkbox"/> Tuberkulose	<input type="checkbox"/> chronische Bronchitis
Leber	<input type="checkbox"/> Gallensteine	<input type="checkbox"/> Hepatitis	<input type="checkbox"/> Zirrhose
Nieren	<input type="checkbox"/> Nierensteine	<input type="checkbox"/> Dialysepflichtigkeit	
Magen/Darm	<input type="checkbox"/> Sodbrennen/Reflux	<input type="checkbox"/> Verdauungsstörungen	
Stoffwechsel	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Schilddrüsenunterfunktion	<input type="checkbox"/> Schilddrüsenüberfunktion
Nerven/Gemüt	<input type="checkbox"/> Depressionen	<input type="checkbox"/> Epilepsie	<input type="checkbox"/> Angstzustände
Skelettsystem	<input type="checkbox"/> Bandscheibenbeschwerden	<input type="checkbox"/> Muskelschwäche	
Blut	<input type="checkbox"/> Gerinnungsstörungen	<input type="checkbox"/> Nachbluten bei Operationen	
Infektionserkrankungen	<input type="checkbox"/> HIV	<input type="checkbox"/> Hepatitis	
Knochen	<input type="checkbox"/> Biphosphonatbehandlung	<input type="checkbox"/> Osteoporose	
Bestehen Allergien?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Welche? _____
Besteht eine ADS/ADHS-Erkrankung?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Wird diese behandelt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Sonstige	_____		

Gab es Unfälle im  Kopf-Gesichtsbereich  mit Zahnschädigungen? Wenn ja, wann?

Sind Sie/Ihr Kind häufig erkältet?  Ja  Nein

Ist die  Nasenatmung erschwert?  bzw. schnarcht der Patient  Ja  Nein

Haben Sie/Ihr Kind Probleme bzgl. der Sprachentwicklung?  Lispeln  Stottern

Fand eine logopädische Behandlung statt?  Ja  Nein

Gibt es Probleme im Kiefergelenksbereich?  Knacken  Reiben  Schmerzen

Besteht  Bleistiftkauen  Nägelkauen  Lippenbeißen?

Wie häufig werden Softdrinks, Saftschorlen, Energydrinks konsumiert?

täglich  mehrmals täglich  1 x pro Woche oder weniger  mehrmals wöchentlich

## WIE SIND SIE AUF UNS AUFMERKSAM GEWORDEN?

Empfehlung von  Internet  Telefonbuch  Sonstiges

Überweisung von \_\_\_\_\_

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass im Rahmen der kieferorthopädischen Behandlung notwendige Röntgenunterlagen bei mir bzw. meinem Kind angefertigt werden dürfen.

Ich versichere hiermit die Richtigkeit und Vollständigkeit der von mir angegebenen Daten und werde bei Änderung des Gesundheitszustandes, Änderungen in den Kontaktdaten sowie in der Versicherung diese unverzüglich und ohne Aufforderung mitteilen.