

Patient:

▶ Name _____ ▶ Matricule _____

▶ Vorname _____ ▶ geb. _____

▶ **Wohnort** mit Postleitzahl: _____ Heim

▶ Telefon _____ / _____

▶ **Kostenträger / Versicherter:**

▶ durch den Vater durch die Mutter

▶ Name _____ ▶ Matricule _____

▶ Vorname _____ geb. _____

▶ Telefon (beruflich) _____ / _____

Arbeitgeber des Versicherten _____

▶ Krankenkasse _____ ▶ Zusatzkasse: _____

Der Patient hat Geschwister, die in kieferorthopädischer Behandlung sind.

Falls vom Kostenträger getrennt lebend:

Anschrift mit Postleitzahl des Kostenträgers/Versicherten

Telefon _____ / _____

Behandelnder Zahnarzt: _____ Durch Zahnarzt überwiesen

▶ Name _____

▶ empfohlen durch _____

Manche Menschen sind krank. Das kann auch Auswirkungen auf die Behandlung haben. Deswegen bitten wir Sie, diesen Erhebungsbogen auszufüllen. Er wird der persönlichen Karteikarte angefügt. Bitte beachten Sie, dass Ihre Angaben auf das Strengste der ärztlichen Schweigepflicht in unserer Praxis unterliegen. Sie dienen ausschließlich dazu, die Behandlung dem Gesundheitszustand anzupassen. Zum Teil sind sie gesetzlich vorgeschrieben.

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Zuckerkrankheit (Diabetes) | <input type="checkbox"/> Penicillin-Überempfindlichkeit | <input type="checkbox"/> Aids |
| <input type="checkbox"/> Rheumatische Erkrankungen | <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> Allergien, welche? |
| <input type="checkbox"/> Epileptiforme Anfälle | <input type="checkbox"/> Blutungsneigung (Hämophilie) | _____ |
| <input type="checkbox"/> Krämpfe | <input type="checkbox"/> Leberentzündung / Gelbsucht | <input type="checkbox"/> Ein Allergiepass liegt vor |
| <input type="checkbox"/> Ekzeme | (Hepatitis A oder B) | |

Welche Krankheiten hatte der Patient noch? (z. B. Rachitis, Darmkrankheiten, Brechdurchfälle, Kinderkrankheiten oder Operationen) _____

Werden regelmäßig Medikamente eingenommen? Wenn ja, welche? _____

Ist der Patient zur Zeit in ärztlicher Behandlung? Wenn ja, weshalb? _____

▶ **Wurden Röntgenaufnahmen oder Bestrahlungen der Zähne durchgeführt?** vor _____ Monaten

▶ **Bei Frauen:** Ist die Patientin schwanger? im _____ Monat

▶ (H.: _____)

Datum: _____

X

Unterschrift

Vater Mutter _____

Bitte wenden !

Für eine korrekte Planung der Behandlung erbitte ich auch folgende Angaben:

Wurde der Patient / wurden Sie schon kieferorthopädisch untersucht und beraten?	<input type="checkbox"/> ja
Wurde bei dem Patienten / wurde bei Ihnen bereits eine kieferorthopädische Behandlung durchgeführt?	<input type="checkbox"/> ja
Spielt der Patient / spielen Sie ein Blasinstrument? Welches _____	<input type="checkbox"/> ja
Wurden durch einen Unfall Zähne oder Kiefer verletzt?	<input type="checkbox"/> ja
In welchem Lebensjahr war der Unfall? _____	
Gibt es in der Verwandtschaft Gebissunregelmäßigkeiten?	
<input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/> Großeltern <input type="checkbox"/> Geschwister <input type="checkbox"/> andere direkte Verwandte	
Hat der Patient / haben Sie Kiefergelenkbeschwerden?	
<input type="checkbox"/> Schmerzen <input type="checkbox"/> Kiefergelenkknacken/Geräusche <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links	

Fragen an die Mutter / an den Patienten:

Verlauf der Geburt des Kindes / Ihrer Geburt	
<input type="checkbox"/> leicht	
<input type="checkbox"/> mittel	
<input type="checkbox"/> schwer	
<input type="checkbox"/> Besonderheiten (Saugglocke, Zange, Kaiserschnitt): _____	
In welchem Alter kam der erste Milchzahn / bleibende Zahn ? _____	
Hat Ihr Kind / haben Sie Probleme bei der Atmung?	
<input type="checkbox"/> häufige Erkrankung der Atemwege, Husten, Erkältungen	
<input type="checkbox"/> Behandlung beim Hals-, Nasen-, Ohrenarzt. Name des Arztes: _____	
<input type="checkbox"/> die Mandeln sind entfernt worden. In welchem Lebensjahr? _____	
<input type="checkbox"/> die Polypen sind entfernt worden. In welchem Lebensjahr? _____	
<input type="checkbox"/> das Kind schläft / Sie schlafen mit offenem Mund	
<input type="checkbox"/> das Kind schnarcht / Sie schnarchen nachts <input type="checkbox"/> immer <input type="checkbox"/> manchmal <input type="checkbox"/> bei Erkältung	
Hat Ihr Kind / haben Sie Sprachprobleme?	
<input type="checkbox"/> das Kind hat / Sie haben einen Sprachfehler	
<input type="checkbox"/> das Kind erhält Spracherziehung / Sie hatten eine Logopädische Behandlung	
Gewohnheiten des Kindes / des Patienten	
<input type="checkbox"/> Daumenlutschen <input type="checkbox"/> Nagelbeißen <input type="checkbox"/> Fingerlutschen <input type="checkbox"/> Lippenbeißen <input type="checkbox"/> Knirschen	
<input type="checkbox"/> andere: _____	
Bis zu welchem Alter: _____	
Wo hält sich Ihr Kind tagsüber überwiegend auf? (Nur für Kinder)	
<input type="checkbox"/> Eltern <input type="checkbox"/> Verwandte <input type="checkbox"/> Heim <input type="checkbox"/> Internat <input type="checkbox"/> Ganztagschule	
Ist das Kind selbst an der Gebissregulierung interessiert? <input type="checkbox"/> ja	

Wichtiger Hinweis:

Um Ihnen unnötige Wartezeiten zu ersparen und um sie in Ruhe behandeln zu können, wurde für Sie ein Be-
stellsystem eingeführt. Deshalb bitte ich Sie, Ihren Termin pünktlich einzuhalten oder - wenn Sie verhindert sein
sollten - spätestens 24 Stunden vorher abzusagen, da andernfalls eine Consultation berechnet werden muss.